ROK IV WARSZAWA 1930 PAZDZIERNIK ZESZYT X

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

DR. J. WĘGIERKO

Ważniejsze dane, dotyczące istoty i leczenia cukrzycy.

Zarówno w każdym organiźmie roślinnym, jak i zwierzęcym istnieje dążenie do tworzenia zapasów z rozmaitych substancji, które w miarę potrzeby, służą albo do żywienia danego ustroju, a więc do wytwarzania w nim energji kinetycznej, albo też do neutralizowania jadów, jakie się wytwarzają w przebiegu procesów przemiany materji lub w celu utrzymania w sokach ustroju równowagi osmotycznej. Zapasy te, w miarę potrzeby, uruchamiają się i w ten sposób bronią ustrój przed rozmaitemi zaburzeniami, na jakie jest on narażony w przebiegu procesów życiowych, a nawet chronią go w ten sposób od śmierci.

Wiadomo, że w każdym ustroju istnieją zapasy białkowe, które przy głodzie białkowym służą jako budulec białka żywego, wiadomo również, jak doniosłą rolę w ustroju odgrywają zapasy tłuszczowe, solne, wodne oraz zapasy zasad, które stoją na straży nadmiernego zakwaszenia ustroju.

Cukrzyca bezwzględnie należy do cierpień, które polegają przedewszystkiem na niedostatecznem magazynowaniu zapasów (rezerw) w ustroju. W cukrzycy bowiem spostrzegamy wybitny brak zapasów węglowodanowych w największych jego zbiornikach, a mianowicie w wątrobie i w mięśniach kośćca. Bezsprzecznie zaburzenie w tworzeniu zapasów, czyli naruszenie prawidłowego ruchu materji, musi prowadzić wtórnie do zaburzenia w samej przemianie materji, czyli mówiąc inaczej, zaburzenie w dynamice substancji ustrojowych prowadzi najczęściej do zaburzenia prawidłowego chemizmu ustrojowego. W dalszym toku naszego rozumowania, dotyczącego cukrzycy, sprawa ta znajdzie dokładne wyświetlenie.

A więc w cukrzycy, jako pierwotne zaburzenie, występuje nieprawidłowy ruch materji, mamy zatem do czynienia z zjawiskiem wybitnie dynamicznem, które w następstwie sprowadza wadliwy przebieg spraw chemicznych w ustroju.

Sprawa ruchu materji odgrywa niemniejszą rolę, niż sprawa przemian chemicznych w ustroju i dlatego też, przy

omawianiu wadliwej przemiany materji w cukrzycy, musi ona znaleźć należyte uwzględnienie. Ruch materji odbywa się pod kontrolą układu dokrewno-wegetatywnego. Gruczoły dokrewne, które wywierają decydujący wpływ na układ nerwowy wegetatywny, kierują ruchem materji, doprowadzając ją do miejsc, w których materja ta jest potrzebna, a więc — w miarę potrzeby uruchamiają ją, w miarę potrzeby magazynują.

W cukrzycy stwierdzamy wybitny brak węglowodanu (glikogenu) w wątrobie i w mięśniach, glikogen ten zostaje w tem cierpieniu nadmiernie uruchamiany i doprowadzany w postaci cukru gronowego do krwi. W rezultacie mamy do czynienia z wybitnem przecukrzeniem krwi. Cukier we krwi nie może zbierać się bezkarnie, gdyż, aczkolwiek nie jest on substancją jonizującą i posiada względnie dużą drobinę, to jednak przy nadmiernem jego stężeniu we krwi, może sprowadzić zaburzenia osmotyczne i nadmierną lepkość krwi. Samoobrona nie opuszcza ustroju żywego do ostatniej chwili, a więc nadmierna ilość cukru ze krwi przechodzi do moczu, sprowadza cukromocz i chroni się w ten sposób ustrój przed zagładą. Jeżeli musi się z ustroju wydzielić duża ilość cukru, a wiemy, że nerka jest w stanie przepuszczać roztwór cukru gronowego w stężeniu najwyżej 8 — 10-cio procentowym, to wówczas występuje wzmożone pragnienie lub też uruchamianie wody z zapasów wodnych ustroju. W ten sposób uwalnia się nadmiernie zebrany cukier ze krwi, w ten sposób działa samoobrona ustroju. Widzimy więc, że nadmierne uruchomienie węglowodanu pociąga za sobą nadmierne uruchomienie wody, a jeżeli woda nie będzie w dostatecznej ilości doprowadzana (chory nie będzie pił) — to w następstwie tego wystąpi ciężkie zaburzenie, jakim jest wysuszenie ustroju.

Jaka jest przyczyna nadmiernego trwonienia się cukru, czyli nadmiernego uruchomiania glikogenu wątrobowego i wysyłania go do krwi w postaci cukru gronowego?

Wiadomo, że w ustroju zdrowym proces ten również istnieje, że wątroba, w miarę potrzeby, wysyła glikogen w postaci cukru gronowego do krwi, który ulega spalaniu w tkankach i, że proces ten jest bodaj główną podstawą wytwarzania energji kinetycznej, a więc główną podstawą życia. W normalnych jednak warunkach nie mamy do czynienia z nadmiernym rozpadem glikogenu wątrobowego, lecz tylko z uwalnianiem się go w miarę potrzeby z wątroby, a poziom cukru we krwi nie przekracza wobec tego pewnej normy od 80 — 118%. Owa „glikogenolityczna" czynność wątroby znajduje się pod kontrolą układu wegetatywnego; badania wykazały, że podrażnienie układu współczulnego uruchamia glikogen wątrobowy i prowadzi do przecukrzenia krwi. *Claud-Bernard* wykazał, że nakłucie dna 4-ej komory wywołuje „hyperglikemję", a dzieje się to wskutek podrażnienia układu współczulnego; tą samą drogą powstaje przecukrzenie krwi po wstrzyknięciu adrenaliny. W cukrzycy mamy do czynienia z „wątrobą rozrzutną", która, z przyczyn bliżej nieznanych, uruchamia stale glikogen wątrobowy i dla tego mamy w rezultacie do czynienia z wybitnem przecukrzeniem krwi. Wobec tego, że wątroba uruchamia stale glikogen, musi w niej stale glikogen powstawać, albowiem badania najrozmaitszych autorów dowiodły, że we krwi krąży jedynie ten cukier, który był glikogenem wątrobowym, czyli ten cukier, który przeszedł przez wątrobę. Dlatego też wzmożona, glikogenolityczna czynność wątroby, z jaką mamy do czynienia w cukrzycy, musi prowadzić do wzmożenia „glikogenosyntetycznej" czynności wątroby, gdyż na miejsce rozpadniętego glikogenu, powstaje nowy, aby mógł on znowu rozpaść sie na cukier gronowy.

Owa wzmożona „glikogenosyntetyczna" i „glikogenolityczna" czynność wątroby stanowi więc treść nadmiernego ruchu materji w cukrzycy, który doprowadza ustrój do tego, że zostaje on „obdarty" z ostatnich zapasów węglowodanowych. Prawda, że krew oraz inne ciecze ustrojowe, a także i tkanki są w tem cierpieniu przepełnione cukrem gronowym, ale jest to cukier, który został nadmiernie uruchomiony z glikogenu wątrobowego, który już przeszedł przez wątrobę i niełatwo do niej wróci, raczej jaknajprędzej zostanie wydalony z ustroju moczem. Jest on, jak gdyby, nieużyteczną dla ustroju substancją, jak gdyby luźno tylko z nim związaną i bezsprzecznie dla niego obcą. Możemy więc na tej zasadzie twierdzić, że jeżeli w cukrzycy mamy przecukrzenie krwi i tkanek, to jedynie cukrem dla danego ustroju nieużytecznym, bowiem za

chwilę ukaże się on już w moczu. Użytecznego zaś dla ustroju węglowodanu, który znajdować się winien w postaci glikogenu u cukrzycowego jest mało.

Nie będziemy rozstrzygać w tej chwili zawiłego problemu, czy w chorobie cukrowej mamy do czynienia z nadmiernem wytwarzaniem, czy niedostatecznem spalaniem cukru. Nadmienić jednak musimy, że stojąc na stanowisku dopiero co wyświetlonem, uważamy raczej nadmierne wytwarzanie się cukru z glikogenu za źródło choroby cukrowej. Trudno wyobrazić sobie bowiem, aby cukier, jako najistotniejszy materjał pędny dla ustroju, nie mógł się w nim palić. Sądzimy więc, że spalanie cukru idzie normalnym trybem, ale zostaje on w takim nadmiarze doprowadzany do tkanek, że ustrój całkowicie go spalić nie jest w stanie, lecz jedynie tylko tyle, ile w danej chwili mu potrzeba.

Chudnięcie zatem i wyniszczenie, występujące w wielu przypadkach cukrzycy, posiada swe źródło w nadmiernem uruchamianiu glikogenu i przeistaczaniu go w cukier. W ten sposób bowiem za dużo cukru doprowadzone zostaje do tkanek, tkanki nie mogą go całkowicie użyć i nadmiar jego uwalnia się z ustroju moczem, a w rezultacie tracona jest cenna substancja kaloryczna. Jeżeli zaś w ustroju cukrzycowym niema z czego wytwarzać się glikogen wątrobowy, aby rychło mógł ulec rozpadowi na cukier gronowy, a dzieje się to w przypadkach, kiedy niedostateczna ilość cukru zostaje do organizmu wprowadzona, to glikogen powstaje wówczas z białka lub nawet z tłuszczu, albowiem wątroba musi posiadać materjał dla tworzenia glikogenu i to jedynie dla tego, aby go natychmiast móc wyrzucić w postaci cukru gronowego. W podobnych więc przypadkach powstaje nadmierny rozpad białka wzgl. tłuszczu. Ów nadmierny rozpad ciał białkowych wzgl. tłuszczowych prowadzi znowu do wytwarzania ciał ketonowych.

Ciała ketonowe powstają więc najprawdopodobniej, jako produkt uboczny, przy nadmiernem przechodzeniu białka lub tłuszczu w glikogen wątrobowy, a dzieje się to, jak wspominaliśmy, w tych przypadkach, gdy nie staje cukru w ustroju (nie jest on dostatecznie wprowadzany), aby mógł z niego wytwarzać się glikogen.

Najważniejszym bodźcem dla nadmiernego uruchamiania glikogenu wątrobowego, a więc dla powstawania cukrzycy, stanowią niewątpliwie zaburzenia hormonalne w ustroju cukrzycowym. Układ dokrewno-wegetatywny znajduje się w tem cierpieniu w takiem nastawieniu, że nie jest dostatecznie hamowana „glikogenolityczna“ czynność wątroby. Przedewszystkiem więc w ustroju cukrzycowym mamy do czynienia z niedostateczną czynnością trzustki, która nie produkuje potrzebnej ilości insuliny, mającej wpływ na regulowanie gospodarki glikogenowej w wątrobie. Dzięki insulinie bowiem wątroba może pracować prawidłowo i dostarczać tylko do tkanek tyle cukru gronowego, ile potrzeba w danej chwili ustrojowi dla wytworzenia niezbędnej energji kinetycznej. Pamiętać jednak należy, że pomiędzy gruczołami dokrewnemi istnieje ścisła współpraca, i że nietylko trzustka jest tym jedynym narządem, który posiada wpływ na wątrobę. Można śmiało powiedzieć, że wszystkie gruczoły dokrewne współpracują w ten sposób, aby była utrzymana prawidłowa gospodarka glikogenowa w wątrobie, a więc tarczyca, przysadka mózgowa, nadnercza i t. d. Dopiero rezultat współpracy wspomnianych gruczołów dokrewnych może stanowić o tem, czy powstanie wreszcie brak hormonu trzustkowego (insuliny). Może się przecież zdarzyć, że trzustka wydziela dostateczną ilość insuliny, ale zato inne gruczoły dokrewne czynnością swoją antagonistyczną działanie jej znoszą. Dlatego też w wielu przypadkach cukrzycy nie można dostrzec zmian anatomicznych w trzustce, gdyż w podobnych przypadkach nie jest trzustka organicznie zmieniona, lecz tylko czynnościowo upośledzona przez inne antagonistycznie działające gruczoły dokrewne. Nie należy więc sądzić, że w przypadkach podobnych wprowadzenie do ustroju insuliny nie wywrze korzystnego wpływu na wadliwą przemianę materji w cukrzycy, albowiem niezależnie od tego, czy chora jest sama trzustka, czy też w zespole działania gruczołów dokrewnych występuje w rezultacie jej niedostateczność, zawsze insulina będzie w tych przypadkach substancją bardzo pożądaną dla ustroju.

Po krótkim tym omówieniu mechanizmu powstawania cukrzycy, który daje nam zaledwie w zarysie pojęcie o istocie tego cierpienia, przechodzimy do wytknięcia

niektórych ważniejszych wytycznych, dotyczących leczenia cukrzycy.

Już z dotychczas powiedzianego wypływa, że tak wielce złożony mechanizm powstawania cukrzycy, prowadzi niewątpliwie do tego, że nie w każdym organizmie procesy patologiczne przebiegać będą jednakowo. Będziemy więc mieli do czynienia z rozmaitemi przypadkami cukrzycy, w których nasilenie wspomnianych procesów patologicznych będzie różne. W zależności więc od stopnia rozrzutności wątroby, występować będą lżejsze lub cięższe przypadki cukrzycy, które też leczy się nie jednakowo.

Podziały dotychczasowe chorych cukrzyczych są już bezwzględnie przestarzałe. Nawet *v. Noorden* twierdzi, że podział na cukrzycę lekką i ciężką, oparty na ilości cukru w moczu, nie odpowiada w zupełności dzisiejszym wymaganiom, gdyż nie tylko stopień cukromoczu charakteryzuje ciężkość przypadku. Według tego autora, dopiero wówczas możemy orzec, z jak ciężkim przypadkiem cukrzycy mamy do czynienia, gdy uwzględnimy wiek chorego, jego wygląd, warunki konstytucjonalne i t. d.

Podział autorów francuskich na „cukrzycę chudych“ i „cukrzycę otyłych“ (diabéte maigre et diabéte gras) jest bardziej celowy, niż podział, oparty na ocenianiu stopnia cukromoczu, gdyż, uwzględniając stan odżywienia, posiadamy już pewną rękojmię w kierunku postępowania leczniczego. Podział ten jest jednak zbyt schematyczny i mało szczegółowy, wiadomo bowiem, że spotykają się również ludzie szczupli, u których cukrzyca przebiega lekko, a których należy leczyć inaczej, niż szczupłych, którzy wykazują właściwości cukrzycy ciężkiej. Słowem, zaliczania chudych do ciężkiej, a otyłych do lekkiej cukrzycy nie można przyjąć bez zastrzeżeń.

Nie ulega wątpliwości, że wszystkie podziały cukrzycy nie mogą być dostateczne, jak zresztą wogóle podziały wszelkich cierpień, dlatego też skoro podać pragniemy pewien podział, to jedynie dlatego, by, dzieląc chorych cukrzyczych na grupy, zorjentować się, jak należy leczyć poszczególne przypadki. Jedynie więc i wyłącznie cele czysto praktyczne zmuszają nas do czynienia podziału.

Chociażby sam fakt, że jedni chorzy nie nadają się do leczenia insulinowego, inni nadają się do leczenia insulinowego okresowego, a inni znowu do stałego insulinowania, wymaga pewnej klasyfikacji chorych cukrzyczych. Bezwątpienia zdarzyć się może, że po zastosowaniu postępowania leczniczego, na podstawie zaliczenia chorego do pewnej grupy przypadków, trzeba będzie zmienić sposób leczenia, gdyż przypadek okaże się innym, niż narazie sądzono. Mogą istnieć również przypadki, które nie dadzą się wtłoczyć w żadną grupę, ale to wszystko nie przeczy potrzebie wprowadzania podziału, skoro ten podział może ułatwić nam wybór drogi postępowania leczniczego.

Przedewszystkiem dzielimy wszystkie przypadki cukrzycy na 2 kategorje: na chorych, dostatecznie odżywionych albo przekarmionych, c z y l i z p r a w i d ł o w ą w a g ą l u b n a d m i a r e m w a g o w y m, oraz na chorych źle odżywionych, t. j. z n i e d o b o r e m w a g o w y m. Podział ten, przypominający do pewnego stopnia podział autorów francuskich, różni się od niego tem, że niekoniecznie chorych z niedoborem wagowym zaliczamy do przypadków ciężkich, a z wagą prawidłową lub nadmierną do lekkich, jak to czynią francuzi, gdyż zarówno u jednych, jak i u drugich cukrzyca może przebiegać łagodnie i złośliwie.

Uwzględnienie wagi chorego posiada znaczenie doniosłe przedewszystkiem dlatego, że stan odżywienia wywiera wybitny wpływ na wybór metody leczniczej. Przyjmując jako regułę, że c h o r y c h z n i e d o b o r e m w a g o w y m n i e n a l e ż y o d ż y w i a ć m a ł o k a l o r y c z n i e, zastrzec się musimy, że jedynie w przypadkach cukrzycy, okresowo odpornych na leczenie insuliną, zmuszeni będziemy, pomimo niedoboru wagowego tych chorych, podawać im czas pewien pożywienie małokaloryczne z pewną ilością węglowodanów oraz insulinę w dużych dawkach. W ten sposób, dzięki zastosowaniu trzech najenergiczniejszych sposobów leczniczych, a mianowicie: insuliny, pożywienia małokalorycznego oraz pewnej ilości węglowodanów, będziemy w stanie poprawić ich zły stan przemiany materji.

Zasadniczo jednak małokaloryczne pożywienie dla chorych z niedoborem wagowym jest nieodpowiednie, gdyż przy tem pożywieniu ich waga będzie się nadal zmniejszała, będzie wzrastał upadek sił, i obniżała się odporność ustroju względem

rozmaitych czynników szkodliwych. Wszelkie więc eksperymenty djetetyczne, jak głodówki, znaczne ograniczanie węglowodanów i t. d., oraz każde postępowanie, związane z odżywieniem niefizjologicznem, np. przekarmianie tłuszczami, będzie tylko pogarszało stan ogólny i tak wyczerpanych chorych. Nie tylko chorzy na cukrzycę wyniszczeni, ale także chorzy, dotknięci wszelkiemi innemi chorobami, które prowadzą do mniejszego lub większego charłactwa, jak gruźlica, niedokrwistość, choroby przewodu pokarmowego i t. d., nie znoszą przez czas dłuższy odżywiania jednostronnego lub nie wystarczającego. Skoro w przebiegu leczenia gruźlicy i innych ciężkich chorób dbamy o podniesienie stanu odżywienia chorych, to bezsprzecznie, o to samo dbać musimy, lecząc chorych na cukrzycę. Oczywiście, stosując ograniczenia djetetyczne u chorych na cukrzycę z niedoborem wagowym, można w ten sposób usunąć cukromocz i przecukrzenie krwi; nie powinniśmy jednak cieszyć się z tego, przeważnie łatwo osiągalnego efektu, skoro jednocześnie ogólny stan chorego się pogorszy: obniży się jeszcze bardziej waga jego ciała, i chory utraci łaknienie i siły.

Przedewszystkiem więc, chorych z niedoborem wagowym należy odpowiednio odżywiać, aby ci chorzy osiągnęli wagę normalną i nabrali sił. Jedyna droga, prowadząca do tego celu, to pożywienie bogato - ciepłostkowe, zawierające węglowodany, tłuszcz i białko w stosunku wagowym, odpowiadającym mniej więcej normom fizjologicznym, oraz podawanie odpowiedniej ilości insuliny celem uniknięcia cukromoczu, hyperglikemji i ketonurji. Z chwilą poprawy stanu chorego należy zaprzestać insulinowania, wyznaczając choremu djetę najodpowiedniejszą, tj. taką, która posiada również wszystkie składniki pożywienia w stosunku fizjologicznym, nie jest zbyt uboga w ciepłostki i nie doprowadza do cukromoczu, hyperglikemji i ketonurji. Chorzy, którzy przy podobnej djecie znowu zaczynają wydzielać cukier i tracą na wadze, muszą podlegać dalszemu insulinowaniu i odpowiedniemu leczeniu djetetycznemu w celu podniesienia ich tolerancji. Nie u wszystkich jednak chorych można do tego stopnia podnieść tolerancję węglowodanową, białkową, tłuszczową i ciepłostkową, aby całkowicie lub nawet okresowo przerwać insulinowanie. Tacy chorzy muszą, niestety, przez całe życie podlegać leczeniu insulinowemu.

Aczkolwiek u większości chorych z niedoborem wagowym cukrzyca ma przebieg ciężki, i z chwilą poprawienia stanu odżywienia trzeba nadal, chociażby okresowo, prowadzić leczenie insulinowe, to jednak spotykają się w tej grupie chorych i przypadki lekkie. U takich więc chorych po okresie insulinowym (w celu poprawienia stanu odżywienia) wystarcza w zupełności już leczenie djetetyczne, nie odbiegające, naturalnie, zbytnio od pożywienia fizjologicznego. W każdym bądź razie u żadnego z chorych ze znacznym niedoborem wagowym nie należy przeprowadzać wyłącznie leczenia djetetycznego przedtem, nim nie poprawi się jego stanu odżywienia przy pomocy insuliny i bogato-ciepłostkowego pożywienia.

Podawanie insuliny jest tu niezbędne, niema bowiem takiej djety, chociażby zbliżonej do fizjologicznego odżywiania, zawierającej pewną ilość węglowodanów i dostateczną ilość ciopłostek, dzięki której chory ze znacznym niedoborem wagowym mógłby wiele przybrać na wadze bez pomocy insuliny. Doświadczenie nas uczy, że djeta podobna musiałaby w każdym przypadku cukrzycy (nawet lekkiej) prowadzić do cukromoczu. Bogata kalorycznie, prawie bezwęglowodanowa, mało białkowa i obficie tłuszczowa djeta *Petréna*, jako niefizjologiczna, nie prowadzi zazwyczaj do przyrostu wagi ciała.

Co się tyczy chorych cukrzyczych dostatecznie odżywionych, a więc bez niedoboru wagowego lub też z nadmiarem wagowym, to nie należy ich zazwyczaj kwalifikować do leczenia insulinowego. Chorzy ci, wydzielający nawet dużą ilość cukru i ciał ketonowych, osłabieni i uskarżający się na silne pragnienie, wysychanie w ustach i inne dolegliwości, związane z cukrzycą, nie muszą jeszcze podlegać leczeniu insulinowemu. W przypadkach tych leczenie djetetyczne, a mianowicie pożywienia małokaloryczne lub kuracje półgłodowe, stosowane przez pewien czas, dają przeważnie wyniki bardzo dobre.

Jedynie w przypadkach dostatecznie lub nadmiernie odżywionych, a jednak wykazujących objawy zatrucia ciałami ketonowemi, a także w przypadkach z powikłaniami cukrzycy, albo z chorobami

współprzebiegającemi z cukrzycą, a wymagającemi prawidłowego odżywiania, należy stosować pożywienie pełnowartościowe wraz z insuliną.

Rozumując w ten sposób, doszedłem na zasadzie doświadczenia do wniosku, że najwygodniej posiłkować się, przy leczeniu cukrzycy, podziałem następującym:

Niema widocznego wskazania do podawania insuliny; djeta z ograniczeniem ilości ciepłostek.	1. Chorzy którzy ważą dostatecznie oraz nadmiernie; a) bez objawów lub z objawami podmiotowemi (wzmożone łaknienie i pragnienie, wysychanie w ustach, swędzenie skóry, ogólne osłabienie i t. d);
Wskazania względne do podawania insuliny; djeta pełnowartościowa lub małociepłostkowa.	b) z powikłaniami cukrzycy (zaćma oczna, zgorzel, czyraki, zapalenie nerwów, nerwobóle i t. d.); c) z chorobami, które przebiegają równocześnie z cukrzycą (miażdżyca tętnic, dusznica bolesna i inne);
Wskazania bezwzględne do podawania insuliny; djeta pełnowartościowa, zawierająca węglowodany, białko i tłuszcz w stosunku wagowym, odpowiadającym mniej więcej normom fizjologicznym.	d) z objawami początkowemi zatrucia kwasicowego (osłabienie wzroku, bóle głowy, duszność, niepokój, bezsenność, senność i t. d); 2. Chorzy z niedoborem wagowym. Tu należą chorzy niedożywieni, bez różnicy, czy cukrzyca przebiega bez objawów podmiotowych; czy z niemi, czy istnieją początkowe objawy zatrucia kwasicowego lub nie, czy wreszcie cukrzyca jest lub nie jest powikłana innemi chorobami, uzależnionemi lub niezależnemi od cukrzycy.
Wskazania bezwzględne do energicznego leczenia insuliną i dużemi dawkami węglowodanów.	3. Chory w stanie przedśpiączkowym lub w śpiączce cukrzycowej.
Leczenie dużemi dawkami insuliny, djeta małociepłostkowa z dużą zawartością węglowodanów.	4. Chorzy, okresowo odporni na działanie insuliny.

Z podziału powyższego nie możemy wysnuć wniosku, jakie właściwie przypadki zaliczamy do ciężkiej, a jakie do lekkiej cukrzycy, zdarzyć się bowiem może, że nawet chory z grupy 1 d, 2 lub 3, wymagający natychmiastowego, bez wszelkich zastrzeżeń, insulinowania, okażą się wreszcie przypadkami, które, po przeprowadzeniu odpowiedniego leczenia, będą się mogły obejść bez insuliny. Może się również okazać, że chorzy z grupy 1 a nie dadzą się zbyt łatwo odcukrzyć i w wyjątkowym wypadku trzeba będzie im przez czas pewien podawać insulinę. Wreszcie, niezawsze dla chorych z grupy 1b i 1c wskazane będzie insulinowanie, powikłania bowiem lub choroby współprzebiegające mogą być niezbyt groźne, tak iż wystarczy ograniczenie ciepłostek do zupełnego odcukrzenia moczu i poprawienia ogólnego stanu tych chorych. Słowem podziału powyższego nie należy przyjmować jako dogmatu, z praktycznego jednak stanowiska podział ten zasługuje na uwagę, ułatwia on bowiem rozwiązanie zagadnienia postępowania leczniczego w poszczególnych przypadkach cukrzycy dając nam wskazówki, czy przypadek musi być leczony insuliną.

Podział nasz nie uwzględnia, jak to przyjęte, wieku chorego. U dzieci bowiem bardziej dbać trzeba, aby pożywienie było pełnowartościowe i fizjologiczne, a skoro cel ten można osiągnąć bez insuliny lub okresowem insulinowaniem, to nie należy je insulinować stale, wychodząc tylko z tego założenia, że są to dzieci. Słowem leczenie cukrzycy zarówno u dzieci, jak i u dorosłych podlega jednakowym prawom.

Kończąc omawianie podziału cukrzycy, wspomnę jeszcze w kilku słowach o przypadkach t. z. odpornych na działanie insuliny. Nie mogę w ramach krótkiego artykułu uczynić przeglądu, istniejącego w tej kwestji, ogromnego piśmiennictwa

i ograniczę się jedynie do spostrzeżeń własnych. Rzeczywiście zdarzają się przypadki, na które insulina wywiera wpływ b. słaby, a nawet przy pierwszych próbach leczenia, zdawałoby się, jest zupełnie bezskuteczna. Jednakże za pomocą odpowiedniego dla każdego chorego leczenia djetetyczno-insulinowego prawie zawsze udało mi się uzyskać w podobnych przypadkach wynik dodatni, zarówno na zawartość cukru we krwi i w moczu, jak i na ketonurję, pozatem odcukrzenie i odkwaszenie tych chorych uzyskiwałem o wiele mniejszemi dawkami insuliny, niż te które stosowałem u nich na początku leczenia, kiedy ci chorzy wydawali się odporni na insulinę. Podobną okresową odporność na insulinę tłumaczę sobie jedynie ciężkiemi w danej chwili zaburzeniami w przemianie materji tych chorych. Sądzę, że w przypadkach podobnych mamy do czynienia z ogromnie wzmożoną czynnością glikogenolityczną wątroby, i trudno nam uchwycić równoważnik w odpowiednio dużej dawce insuliny w stosunku do pożywienia. Z chwilą poprawienia się stanu wzburzonej przemiany materji, chorzy ci nie wykazują już cukromoczu, posiłkując się względnie małemi dawkami insuliny, a nawet obchodząc się czas pewien i bez insuliny. W podobnych przypadkach, jak się zdołałem przekonać, należy podawać pożywienie małociepłostkowe, zawierające większą ilość węglowodanów (200—300 g.) oraz dostatecznie duże dawki insuliny (3 razy dziennie po 50 jedn.). Moment ten chciałbym szczególnie podkreślić, jako wielce ważny, gdyż jest to mojem zdaniem, jedyna droga do poprawy tolerancji chorych, rzekomo odpornych na działanie insuliny.

(c. d. n.)

STRESZCZENIA

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Zrozumienie i odgraniczenie anafilaksji klinicznej. (Compréhension et délimitation de l'anaphylaxie clinique). L. Langeron. *Journ. méd. francais Nr. 5, 1930.*

Praca niniejsza omawia historyczny rozwój anafilaksji. Pierwszy *Ch. Richet* zwrócił uwagę na szczególny objaw występujący u zwierząt. A mianowicie stwierdził on, że wprowadzenie pewnej ilości obcego białka zwierzęciu doświadczalnemu (królik, świnka morska, pies i t. d.) drogą poza przewodem pokarmowym (podskórnie, dożylnie, dootrzewnowo, domięśniowo) wywołuje uczulenie zwierzęcia, tak, że powtórne wprowadzenie pozajelitowe w jakiś czas potem (parę dni) tego samego białka w minimalnej ilości wywołuje szereg gwałtownych objawów nieraz bardzo ciężkich i prowadzących do śmierci. W podobny sposób reaguje też i człowiek.

Dalsze badania wykazały, że nie tylko białko (zwierzęce lub roślinne) umie wywołać uczulenie anafilaktyczne, ale także i inne ciała np. leki, tłuszcze, cukry (wyjątkowo), a nawet czynniki fizyczne, tj. rozmaite bodźce, jak np. zimno, gorąco, promienie X. Podobnie też rozmaite mogą być drogi, któremi ciała uczulające wnikają do ustroju, a więc oprócz wymienionych powyżej także i przewód pokarmowy i oddechowy, z tym warunkiem jednak, by dane ciało wtargnęło w sposób odpowiednio szybki, w odpowiedniej ilości i aby ciało to nie zostało całkowicie rozbudowane (trawienie). Objawy anafilaksji początkowo przedstawiały się prosto, chodziło bowiem przeważnie o zaburzenia naczynio-ruchowe, drgawki i śmierć zwierzęcia, obserwacje późniejsze wydobyły na jaw obok ostrych, krótkotrwałych objawów wstrząsu anafilaktycznego także zespół bardziej przewlekły np. t. zw. choroba pcsurowicza; obecnie coraz więcej objawów z kliniki ludzkiej odnosimy do anafilaksji, a nawet mówimy o anafilaksji typu przewlekłego. Problem uczulenia dawniej uważany za swoisty (uczulenie i wywołanie wstrząsu wywoływano tem samem ciałem); obecnie uległ rozszerzeniu. Także nie możemy zawsze wykazać momentu uczulenia, a wobec objawów wstrząsu przyjmujemy uczulenie utajone, uczulenie odziedziczone i t. p. Objawy idiosynkrazji niejednokrotnie dowodzą stanu uczulenia, chodzi tu o wstrząsy przy pierwszem wprowadzeniu ciała wywołującego wstrząs. Ujęcie idiosynkrazji jako anafilaksji wprowadza pewne zamieszanie, rozszerzając daleko problem anafilaksji klinicznej. Ostatnie badania wprowadziły do kliniki t. zw. biologiczne testy. Takim testem jest odczyn naskórny i wśródskórny, polegający na reakcji skóry uczulonego ustroju wobec ciała uczulającego i wywołującego wstrząs. Podobnie i cechy krwi podane przez *Widala,* jako crise hémoclasique uważane są za test biologiczny (spadek ciśnienia krwi, leukopenja, przedłużenie czasu krzepnięcia krwi w czasie wstrząsu anafilatycznego nawet słabego nasilenia). W leczeniu stanów wstrząsowych stosujemy obecnie leki działające na układ wegetatywny (adrenalina, efedryna, belladonna, atropina), podajemy bardzo małe dawki ciała wywołującego wstrząs przed wprowadzeniem większej dawki (antianafilaksja), podajemy pepton doustnie, wstrzykujemy calcium chloratum, podsiarczyn sodu itp. Stosujemy też podawanie coraz bardziej wzrastających dawek ciała szkodliwego, wywołując odczulenie ustroju. Autor sądzi, że chodzi tu raczej o immunizację, niż odczulanie.

Przechodząc do praktycznego określenia i odgraniczania anafilaksji klinicznej autor podkreśla, że obok objawów ostrych o rozmaitem nasileniu lecz ogólnej natury (zależnych od ukladu wegetatywnego) spotykamy niewątpliwie przypadki anafilaksji ograniczonej, jak np. dychawica oskrzelowa, migrena, hemoglobinuria paroxysmalis, pewne postaci padaczki, pewne choroby skóry (obrzęk Quinckiego, pokrzywka, świąd skóry, egzemy), napad dny i inne. W cierpieniach tych mamy do czynienia ze szczególnym podkładem, terenem ustrojowym, który znowu zależy od niedomogi wątroby, trzustki, gruczołów o dokrewnem wydzielaniu i od układu wegetatywnego. Patologiczny podkład ustroju jest przyczyną powstania nadwrażliwości ustroju, w którym wobec tego łatwo dochodzi do uczulenia.

Dla rozpoznania anafilaktycznej natury jakiegoś cierpienia należy zatem wykazać, że istnieje jakieś ciało, lub jakiś czynnik względnie bodziec, który wyzwala objawy chorobowe, czyli, że ustrój jest uczulony wobec jakiegoś ciała lub czynnika. Następnie należy wykazać, że uczulenie nastąpiło wskutek danego ciała wyzwalającego w czasie poprzedzającym powstawanie objawów chorobowych. Niekiedy jest to łatwe, np, gdy chodzi o kuśnierza, który dostaje napadu dychawicy przy wdychiwaniu woni danego rodzaju futra, przyczem pierwszy napad dychawicy miał miejsce w jakiś s po podjęciu danego zawodu. Badanie testów logicznych może tu oddać poważne usługi. W in przypadkach wykazanie poprzedzającego uczu jest trudne. Wówczas należy moment ten uc przynajmniej prawdopodobnym.

W ten sposób uda się odgraniczyć schorzenia typu istotnie anafilaktycznego od objawów, w których wchodzi w grę jedynie nieswoista nadwrażliwość.

Choroby skóry typu auto-anafilaktycznego. (Dermatoses auto-anaphylactiques) H. Gougerot. *Journ. méd. francais Nr. 5, 1930.*

Przez auto-anafilaksję rozumiemy według *Widala* uczulenie swoiste ustroju przez ciało, które pod wpływem pewnych czynników powstaje w danym ustroju. Według wszelkich danych ciałami tymi są pochodne białka ustrojowego, należące do grupy histaminy. U niektórych ludzi pod wpływem zimna

zanurzenia kończyn w wodę zimną lub gorącą, pod wpływem światła słonecznego, a nawet pod wpływem czynników emocjonalnych powstaje w ustroju histamina. Ciało to przez pewien czas działając wytwarza uczulenie ustroju wobec histaminy, z tą chwilą, gdy znowu dany czynnik wyzwoli w ustroju histaminę — powstaje wstrząs anafilaktyczny, wyrażający się klinicznie w postaci pewnych chorób skórnych, jak: pokrzywka, świąd, egzema, erythema bullosum, dermatitis polymorph. *Brocq - Dubring*, hydroa vacciniformis *Bazin*, pellagra.

Autor przytacza w skróceniu historje choroby wykazujące dobitnie występowanie niektórych z powyższych schorzeń pod wpływem ściśle określonych bodźców (zwłaszcza zimna), oraz ich naturę anafilaktyczną.

Dychawica oskrzelowa natury anafilaktycznej. (L'asthme anaphylactique). E. Lesnè i P. Blamontièr. *Journ. méd. francais Nr. 5, 1930.*

Autorowie omawiają obszernie naturę anafilaktyczną i patogenezę dychawicy oskrzelowej oraz jej leczenie.

Przewlekłe objawy nerwowe wywołane anafilaksją pokarmową. (Manifestations nerveuses chroniques de l'anaphylaxie alimentaire. A. Rowe (U. S. A.) **i Ch. Richet** (syn). *Journ. med. francais Nr. 5, 1930.*

Anafilaksja doświadczalna wywoływana u zwierząt przebiega ostro lub podostro, dopiero badania kliniczne u ludzi wydobyły na jaw istnienie anafilaksji przewlekłej: człowiek spożywający przez długi czas niewielkie dawki pokarmu (przeważnie białka) dopiero w pewien czas wykaże objawy anafilaksji przewlekłej. Wówczas jednak, gdy uczulenie nastąpiło, występują objawy anafilaksji, gdyż dane ciało uczulające staje się wyzwalającem. Do objawów przewlekłej anafilaksji pokarmowej należą: ze strony skóry egzema, strophulus, pokrzywka, obrzęk *Quinckego*, ze strony narządu oddechowego napadowy nieżyt nosa, dychawica oskrzelowa, ze strony przewodu pokarmowego colitis i dyspepsia. Nadto objawem istnienia tej postaci anafilaksji mogą być objawy natury nerwowej; jak bóle głowy, migrena, niektóre parezje, neuralgje, postaci padaczki, zawroty głowy, zespół *Meniera*, bezsenność, senność i zaburzenia psychiczne. Autorowie podają przykłady kliniczne z wszystkich powyższych grup chorobowych, w których udało się wykazać, jaki rodzaj pokarmu był przyczyną wywołania objawów chorobowych. Odpowiedni dobór pokarmów dawał całkowite wyleczenie, lub znaczną poprawę, powrócenie do dawnego sposobu odżywiania wywoływało pogorszenie stanu chorobowego o ile nie przeprowadzono postępowania odczulającego.

Autorowie podnoszą, że wyżej omówione odczyny nerwowe natury anafilaktycznej powstają wskutek ograniczonego umiejscowienia się objawów anafilaktycznych. I tak wykazano, że np. w przypadku objawów mózgowych powstaje ograniczony obrzęk natury naczyniowej, jako odczyn anafilaktyczny, w tym to przypadku okresowo ciśnienie płynu mózgo-rdzeniowego znacznie się podnosiło, Dlaczego w danych przypadkach odczyn anafilaktyczny jest ograniczony do narządu lub części narządu, autorowie wytłomaczyć nie umieją, powołują się jednak na rozmaite ograniczenia objawów chorobowych do pewnych części mózgu np. w kile, encephalitis lethargica lub w mocznicy.

Jeśli chodzi o rozpoznanie, to pomocny być może odczyn naskórny lub śródskórny, bezwzględnej pewności jednak odczyn ten nie daje. Najlepszym sposobem rozpoznawczym, który jest zarazem postępowaniem leczniczem, jest zastosowanie diety wykluczającej, eliminacyjnej. Chory podejrzany o cierpienie natury anafilaktycznej. pokarmowej otrzymuje przez 6 — 8 dni dietę, składającą się z ryżu (na wodzie), szpinaku, marchwi, baraniny, gruszek, brzoskwiń, cytryny, cukru, oliwek, oliwy i sałaty. Jeśli ta dieta nie poprawia stanu chorego, należy ją jeszcze ograniczyć. natomiast, gdy pod wpływem omawianej diety stan poprawia się, wówczas bardzo powoli dodajemy rozmaite pokarmy. Tą drogą możemy dojść łatwo do poznania, jaki rodzaj pożywienia jest szkodliwy. Autorowie nie bardzo polecają postępowanie odczulające, które polega na podawaniu substancji szkodliwej w dawkach minimalnych, zwolna wzrastających. Postępowanie to jest bardzo żmudne, a często zawodzi, raczej należy unikać pokarmów szkodliwych. W leczeniu anafilaksji pokarmowej pomocne jest podawanie małych dawek peptonu per os na godzinę przed każdym posiłkiem. Z korzyścią dodać można do dawki peptonu siarczanu magnezji (0.75). Podawanie pepsyny i kwasu solnego zalecić można tylko w przypadkach współistniejącej niedokwaśności żołądka, co jednak, według autorów, rzadko spotyka się w przypadkach anafilaksji pokarmowej.

Odczyny ze strony wątroby w przebiegu anafilaksji. (Les rêactions hépatiques au cours de l'anaphylaxie). Ch. Flandin. *Journ. med. francais Nr. 5, 1930.*

Podczas sekcji zwierzęcia, które padło podczas śmiertelnego wstrząsu anafilaktycznego stwierdzamy między innemi, powiększenie wątroby, rozszerzenie znaczne naczyń krwionośnych w wątrobie, przyczem krew pozostaje niezakrzepła, natomiast zarówno przewody żółciowe w wątrobie, jak i woreczek żółciowy prawie nie zawiera żółci. W przebiegu wstrząsu anafilaktycznego stwierdzamy opóźnienie okresu krzepnięcia krwi, zmniejszenie się liczby płytek krwi we krwi krążącej, różnica w składzie chemicznym ilościowym osocza krwi (białka, mocznik, azot resztkowy, lipoidy, cukru). W moczu stwierdzamy obecność barwików żółciowych, urobiliny i niekiedy cukru. Wszystkie powyżej wymienione zmiany dowodzą, że wątroba bierze żywy udział w powstawaniu i w istocie wstrząsu anafilaktycznego.

Autor przypomina własny przypadek, w którym wstrzyknięto choremu na miękkiego szankra surowicę końską, po 15 dniach wstrzyknięto powtórnie 10 cm. tej samej surowicy. Już w czasie wstrzykiwania, w oczach, powstawała żółtaczka, a nadto wymioty i ból w okolicy wątroby. Żółtaczka ta przebiegała w postaci icterus simplex.

Niezawsze jednak udział wątroby w wstrząsie anafilaktycznym wyrazi się tak jaskrawo, natomiast często spotykamy skargi na ból w okolicy wątroby, barwiki żółciowe w moczu i t. d. u chorych z migreną, dychawicą odruchową lub z innemi cierpieniami natury anafilaktycznej. Objawy ze strony wątroby albo wyprzedzają właściwy napad, lub towarzyszą mu. Odczyny wątrobowe szczególnie są częste w różnych postaciach anafilaksji pokarmowej. Autor zwraca też uwagę, że postępowanie odczula-

jące, polegające na podawaniu peptonu przed posiłkiem działa, być może tylko lub głównie tą drogą, że po peptonie, który jest znakomitym środkiem żółciopędnym, następuje wylanie się żółci do przewodu pokarmowego.

Przy leczeniu stanów anafilaktycznych należy zatem pamiętać przedewszystkiem o wątrobie.

Czy istnieje anafilaksja typu nerkowego? (La néphrite anaphylactique existe-t-elle) Ch. Richet (syn), Tzanck i Conder. *Journ. med. français Nr. 5, 1930.*

W przebiegu ostrej anafilaksji (podczas wstrząsu) spotykamy nieraz objawy nerkowe, jak np. oliguria, anuria, co jednak należy raczej odnosić do spadku ciśnienia krwi podczas wstrząsu. W niektórych cierpieniach pochodzenia anafilaktycznego, jak np. choroby skóry spotykamy azotemję, w innych krwiomocz — sprawy te są jednak zbyt powikłane, by można było zaburzenia nerkowe, tam występujące, odnieść do odczynu anafilaktycznego ze strony nerek.

W niniejszej pracy autorowie przytaczają 3 historje choroby przemawiające bardziej przekonywująco za anafilaksją typu nerkowego.

Przypadek I odnosi się do chorego lat 45, który ongiś otrzymał surowicę końską przeciwtężcową. Chory ten, który czuł się dotychczas zupełnie dobrze, w 6 godz. po zjedzeniu surowego mięsa końskiego nagle zaczął brzęknąć. Obrzęk ten po paru dniach ogarnął głowę, tułów i kończyny. W ciągu pierwszych 24 godzin pojawił się bardzo silny napad dychawicy oskrzelowej i swędzenie skóry oraz wybroczyny skórne. W moczu stwierdzono 3°/₀ białka, w osadzie wałeczki ziarniste, azotemja dość znaczna — 1.50°/₀₀, tętno równe 76 na minutę, ciśnienie krwi wysokie: 180/90 mm. Hg. Choremu zastosowano krwiupust. Po 18 dniach chory opuścił szpital zupełnie wyleczony.

W przypadku tym autorowie wykluczają zwykłe zatrucie mięsem wobec braku rozwolnienia (wymioty raz wystąpiły). Za naturą anafilaktyczną wszystkich objawów przemawia 1) napad dychawicy oskrzelowej, 2) purpura, 3) zmiany nerkowe z azotemją, nadciśnieniem, obrzękiem, białkomoczem, które w 10 dni zupełnie ustępują.

Przypadek 2 i 3 odnosi się do dwu chorych na kiłę, u których poprzednie leczenie swoiste było bardzo dobrze znoszone. W czasie jednego z następnych serji wstrzykiwań (w II przyp. 914, w III novarsenobenzolu) wystąpił białkomocz, obrzęk kończyn. Autorowie objawy te odnoszą do reakcji Herxheimera typu nerkowego. Przypadek 2 po paru dniach nie wykazywał żadnych zmian w moczu. Przyp. 3 w pewien czas później wykazywał jeszcze białko w moczu.

Autorowie nie twierdzą z całą pewnością, że w spostrzeżeniach powyższych chodziło o anafilaksję typu nerkowego, analogja jednak z objawami anafilaktycznymi ze strony innych narządów jest znaczna.

Purpura rheumatica natury anafilaktycznej. (Le purpura rhumatoide de nature anaphylactique). Ch. Richet (syn) i J. Dublineau. *Journ. med. francais Nr. 5, 1930.*

Badania doświadczalne pozwalają niewątpliwie stwierdzić łączność między anafilaksją a plamicą. Obserwacje kliniczne potwierdzają również ten związek, np. wybroczyny krwawe w przebiegu pokrzywki. Często spotyka się wybroczyny w objawach skórnych nietolerancji względem różnych leków (antipiryna, salicylany, belladonnia, jod i t. p.), tu jednak trudno jest nieraz odróżnić co należy do anafilaksji, a co do intoksykacji. Natomiast związek między anafilaksją a plamicą t. zw. gośćcową z bólami w jamie brzusznej, podejrzewany przez *Oslera* (1914) a następnie przez *Francka i Glauzmanna*, zdaje się być bardzo prawdopodobny.

Autorowie przytaczają w skróceniu 9 obserwacji klinicznych, ogłoszonych w literaturze ostatnich lat, a wykazujących blizki związek między anafilaksją a purpura rheumatica. W przypadku I u chorej występowały bóle w brzuchu, rozwolnienie wymioty, obrzęk *Quinckego* i plamica w 1/2 godziny po zjedzeniu wołowiny, mleka, ryżu lub jaj. W przypadku 2 bóle w brzuchu, krwawe stolce i krwiomocz oraz plamica występowały po mleku, w przypadku 3 plamica i bóle w brzuchu występują po jajach, w przyp. 4 purpura występuje po jajach, mące i kartoflach, w przyp. 5 po jajach, mięsie kury, rybie i baraninie, w przyp. 6 po śliwkach, w przypadku 7 po mące i po chlebie występuje napadowy nieżyt nosa i plamica, w przyp. 8 po serze, po truskawkach, wieprzowinie i po cebuli, w przypadku 9 po żółtku jaj, mące, wołowinie i pomidorach.

We wszystkich powyższych przypadkach spożycie danego pokarmu wywoływało w ciągu najbliższych paru godzin zupełnie typowe objawy bólów w brzuchu i plamicy, często i inne objawy anafilaksji. Zastosowanie djety eliminacyjnej (patrz streszczenie pracy *A. Rowe i Ch. Richet* (syna) p. t. Przewlekłe objawy nerwowe wywołane anafilaksją pokarmową), bez wyjątku usuwało cierpienie, a dalsze próby dodawania różnych potraw pozwoliły na odkrycie pokarmu szkodliwego.

Metody odczulania w klinice. (Les méthodes de désensibilisation en clinique). Pasteur Vallery-Radot i L. Rouques. *Journ. med. francais Nr. 5, 1930.*

W leczeniu chorób i stanów anafilaktycznych posługujemy się w klinice rozmaitymi sposobami. Sposoby te dają się ugrupować w 3 grupy. Grupa pierwsza polega na natychmiastowem odczuleniu, lecz przejściowem t. zw. skeptofilaksja, może ona być swoista lub nieswoista. Grupa druga metod leczniczych zmierza do stałego odczulenia ustroju również drogą stosowania ciał swoistych lub nieswoistych. Wreszcie grupa trzecia polega na działaniu pośredniem na układ nerwowy, gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu itd. a zatem chodzi tu o metody raczej pomocnicze.

A) Skeptofilaksja.

1. Skeptofilaksja drogą pozajelitową:

1) Metoda Besredki ma na celu uchronić ustrój od wstrząsu anafilaktycznego, gdy zachodzi potrzeba zastosowania np. surowicy, a nie wiemy, czy dany osobnik nie jest na nią uczulony. W tym celu należy co $^1/_2$ — 1 godziny wstrzykiwać małe ilości danej surowicy (0,5 — 1 cm.) podskórnie. Po 4 wstrzyknięciach można wprowadzić już znaczną (całą) dawkę surowicy. O ile wstrzyknięcie ma być dożylne, należy w podobny sposób wstrzykiwać dożylnie minimalne dawki danej surowicy rozcieńczonej w płynie fizjologicznym.

2) Inne metody skeptofilaktyczne polegają na wprowadzeniu dożylnem rozmaitych

ciał nieszkodliwych, mogących jednak wywołać wstrząs hemoklastyczny (tj. obniżenie ciśnienia krwi w małym stopniu, leukopenję i odwrócenie obrazu morfologicznego, oraz przedłużenie czasu krwawienia — *Widal*). Do środków tych należy rozczyn fizjologiczny soli kuchennej, dwuwęglan sodu (soda), podsiarczyn sodu, chlorek wapnia. Szczególnie polecenia godny jest 2,5% rozczyn dwuwęglanu sody (chemicznie czysty! jałowy!) wstrzykuje się 40—80 cm. dożylnie. W jakiś czas potem można wstrzyknąć podskórnie leczniczą surowicę.

3) Topofilaksja polega na wstrzyknięciu małej ilości leku, mogącego wywołać wstrząs anafilaktyczny (np. arsenobenzol) do żyły łokciowej przy podwiązanym ramieniu. Po 5 minutach zwolna i kilkakrotnie zwalnia się ucisk, by krew mogła w małych ilościach odpłynąć. Po 10 minutach można wstrzyknąć całą dawkę leczniczą dożylnie. Można też wciągnąć do strzykawki 10—20 cm, zawierającej nieco leku (rozpuszczonego w wodzie destylowanej) krwi z żyły i nie wyciągając igły po 5 — 10 minutach wstrzyknąć z powrotem zawartość strzykawki, następnie napełnia się strzykawkę resztą leku, który bez obawy można wprowadzić dożylnie. Topofilaksja nadaje sie do stosowania przy rozmaitych lekach wprowadzanych dożylnie, osobliwie zaś przy leczeniu połączeniami arsenu.

II. Skeptofilaksja drogą pokarmową:

1) Skeptofilaksja przez spożycie małej ilości szkodliwego pokarmu lub leku jest to skeptofilaksja swoista. Polega ona na spożyciu przez chorego małej ilości szkodliwego karmu (np. jaja, mleko, rak) na godzinę przed właściwym posiłkiem, zawierającym szkodliwy pokarm w większej ilości. Dawka pierwotna powinna być doświadczalnie określona, a mianowicie nie powinna ona wywoływać żadnych objawów anafilaktycznych.

2) Skeptofilaksja zapomocą peptonoterapji jest leczeniem nieswoistem. Polega ona na podaniu doustnem 0,5 gr. peptonu *Wittego* lub peptonu wielowartościowego na godzinę przed każdym posiłkiem. W przerwach chory nie powinien nic jeść. Ten sposób postępowania można stosować stale, bez żadnych przerw. Inni autorowie polecają podawanie peptonu przez 10 dni na 15 dni (tj. z 5 dniową przerwą), lecz to postępowanie należy stosować stale. Skuteczne wyniki peptono terapji otrzymywano w anafilaksji pokarmowej pod postaciami: pokrzywki, obrzęku *Quinckego*, prurigo-strophulus, pruritus, dychawicy oskrzelowej, napadowego nieżytu nosa, anginy. Zapomocą bardzo długo przeprowadzonej peptonoterapji otrzymywano niekiedy odczulenie stałe.

B) Odczulenie.

I. Odczulenie swoiste.

1) Odczulenie swoiste zapomocą podawania wzrastających dawek szkodliwego leku lub pokarmu drogą doustną polega na podawaniu dawki minimalnej zupełnie nieszkodliwej raz dziennie, poczem dawkę tę stopniowo podwyższa się. Jeżeli w czasie leczenia wystąpią objawy chorobowe należy znowu zmniejszyć dawkę. W ten spksób postępując można ustrój przyzwyczaić (odczulić) do dawek bardzo dużych, co jest ważne, jeśli chodzi o dany rodzaj pokarmu. W czasie leczenia nie wolno opuścić ani jednego dnia.

2) Odczulenie swoiste zapomocą odczynów naskórnych polega na codziennem stosowaniu odczynów naskórnych (jak odczyn *Pirqueta* z tuberkuliną) przy użyciu jako antigenu, odpowiedniego roztworu lub wyciągu z substancji szkodliwej.

3) Odczulenie swoiste zapomocą odczynów śródskórnych i podskórnych jest postępowaniem analogicznem do poprzedniego, lecz niepozbawionem nieraz pewnego niebezpieczeństwa.

II. Odczulenie nieswoiste.

1) Autohemoterapja i autoseroterapja daje nieraz dobre wyniki. Autohemoterapja polega na pobieraniu krwi z żyły chorego i natychmiastowemu wstrzyknięciu jej śródmięśniowo w pośladek. Dawki powinny być wzrastające, od 2 do 20 cm., codziennie, lub co drugi dzień. Stosując autoseroterapję, po pobraniu krwi z żyły, wlewa się ją do sterylizowanego naczynia i pozostawia w cieplocie pokojowej. Po oddzieleniu się skrzepu, pobiera się surowicę i wstrzykuje podskórnie. Dawki stosowane są od 0,5 do 20 cm. Zarówno w autohemoterapji, jak i w autoseroterapji ogólna liczba wstrzyknięć wynosi 10 — 12. Powyższe metody są niekiedy modyfikowane np. z użyciem krwi innego osobnika (heterohemoterapja), wstrzykiwanie krwi po rozpuszczeniu krwinek, wstrzykiwanie krwi doskórnie itp.

2) Odczulenie zapomocą wstrzykiwania peptonu. W tym celu wstrzykuje się roztwór peptonu *Wittego* 5%-wy w dawkach od 1 do 5 cm. podskórnie codziennie, lub co drugi dzień. Można też stosować śródskórne wstrzykiwania 50% roztworu peptonu w wodzie destylowanej w dawkach od 0.1 do 0.2, rzadko 0.3 cm., codziennie. Stosowanie dożylnie peptonu jest niebezpieczne i wymaga dużego doświadczenia.

3) Odczulenie zapomocą wstrzykiwań innych środków. W tym celu stosuje się sterylizowane mleko w dawkach od 1 do 5 cm. podskórnie. Niekiedy stosuje się autotoksyny, których działanie polega tylko na proteinoterapji. Również korzystne ma być stosowanie odbiałczonych wyciągów śledziony lub wyciągów z trzustki, zwłaszcza insuliny.

4) Odczulenie zapomocą podsiarczynu sodu. Drogą doustną podajemy 1 gr. przed każdym posiłkiem przez pierwsze trzy dni tygodnia, w razie potrzeby podawać można przez 10 — 12 dni w dawkach dziennych 14 — 15 gr. Działanie jest wówczas szybsze, mogą jednak wystąpić zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego (biegunki, wykwity skórne — siarka!) Dlatego korzystniej jest stosować podsiarczyn sodu dożylnie. Do tego celu używamy rozczyn 20%-wy podsiarczynu sodu (chemicznie czysty!) w wodzie destylowanej, po sterylizacji (niżej 105°C). Dawka pierwsza wynosi 2 cm. następne wzrastają aż do 30 lub 40 cm. na dawkę. W ciężkich przypadkach wstrzykuje się codziennie, w lżejszych wstrzykujemy 3 razy na tydzień, łącznie do 12 wstrzyknięć. Inni autorowie polecają wstrzykiwania z 10% roztworu podsiarczynu magnezu w dawce 10 cm. domięśniowo.

5) Odczulenie zapomocą soli wapnia. Podajemy doustnie 0.50 do 4,0 gr. mleczanu lub chlorku wapnia, względnie wstrzykujemy dożylnie 5 do 10 cm. roztworu 10 : 100.

6) Odczulenie zapomocą dwuwęglanu sodu następuje po podawaniu doustnem 10 do 15 gr. dziennie. Dożylnie wstrzykujemy 3 do 5%-wy roztwór tyndalizowany.

7) Odczulenie zapomocą eozynianu cesium. Wstrzykuje sie codziennie lub co 2 lub 3 dzień 10 do 15 cm. rozczynu wodnego 10 : 100, preparat musi być chemicznie czysty.

8) Odczulenie zapomocą upustu krwi. I ten sposób może niekiedy prowadzić do odczulenia.

C) Leczenie pomocnicze.

Ze względu na współudział układu wegetatywnego w wstrząsie i w stanach anafilaktycznych zalecamy leki uspokajające (gardenal, bromki) lub leki swoiste, jak adrenalina, efedryna, belladonna, atropina, pilokarpina, ergotamina itd. Nadto należy zwrócić uwagę na gruczoły dokrewne, zaburzenia w równowadze zasadowo-kwasowej, na czynność wątroby, wydzielanie gruczołów przewodu pokarmowego, zakażenia, a zwłaszcza na kiłę wrodzoną.

D) Ogólne wskazówki do stosowania.

1. W razie nadwrażliwości wobec pokarmów lub leków rzadko używanych lub stosowanych zaleca się skeptofilaksję.

2. Jeśli chodzi o nadwrażliwość wobec pokarmów lub leków często używanych, należy stosować odczulenie.

Odczulenie swoiste jest żmudne do przeprowadzenia i wymaga wielkiej staranności ze strony lekarza i chorego. Znacznie bardziej proste i również skuteczne jest odczulenie nieswoiste. W przypadkach anafilaksji pokarmowej zaleca się doustne podawanie peptonu. W razie anafilaksji ze strony narządu oddechowego stosować należy przedewszystkiem peptonoterapję we wstrzykiwaniach doskórnych. W razie nieuzyskania wyników korzystnych zastosować należy autohemoterapję lub autoseroterapję, względnie podsiarczyn sodu lub sole wapnia.

Niestety żadne ze wspomnianych wyżej postępowań leczniczych nie daje bezwzględnie pewnych wyników w każdym przypadku; dlatego nieraz trzeba zmieniać sposób leczenia. Oczywiście zmiana ta powinna nastąpić po dłuższem i cierpliwem stosowaniu każdego sposobu leczenia.

Badania krytyczne nad moczopędnem działaniem teobrominy. (Etude critique de l'action diuretique de le théobromine). P. Savy i P. Delore. *Le Journ. de med. de Lyon Nr. 244, 1930.*

Autorowie podkreślają, że teobromina należy trwale do skarbca leczniczego, trzeba jednak bliżej określić i przypomnieć jej wskazania i przeciwwskazania, gdyż w praktyce utarło się przekonanie o tak rozległych granicach działania teobrominy, jakich ona nie posiada. Prace *Widala* skłoniły tego autora do uznania teobrominy za dzielny środek moczopędny w przypadkach zmian nerkowych z obrzękami i zatrzymaniem soli w ustroju; inni autorowie zalecają teobrominę, jako ogólny środek moczopędny we wszystkich sprawach, wywołujących zatrzymanie wody w ustroju.

Badania farmakologiczne wykazują, że teobromina wywołuje wybitne moczenie i wydzielanie soli. Dawniejsze badania przypisuje to moczenie działaniu teobrominy na nabłonek nerkowy bez udziału układu nerwowego. Inni badacze mówią o zahamowaniu resorpcji zwrotnej wody w kanalikach krętych, a *Cushny i Lambie* (1921) przypuszczają, że pod wpływem teobrominy zachodziły zmiany w kłębuszkach nerkowych. Teobromina ma rozszerzać naczynia nerek. *Dreser i Pouchet* i inni mówią o korzystnym wpływie teobrominy na kurczliwość mięśni prążkowanych w szczególności zaś mięśnia sercowego, teobromina nie podnosi ciśnienia krwi, wpływa na stan koloidowy białek krwi, wzmagając tą część krwi, która może ulec filtracji.

Podobnie jak teobromina działa też teocyna i teofilina. W porównaniu do koffeiny, która jest również ciałem purynowem (trójmetylksantyna), teobromina (dwumetylksantyna) mniej wpływa na układ nerwowy i ciśnienie krwi, podczas, gdy koffeina ma stosunkowo słabe działanie moczopędne.

Badania kliniczne autorów wykazały, że teobromina nie wywołuje diurezy u osobników zdrowych (2 gr. na dobę). Inni autorowie, jak *Sollmann*, *Le Noir i Camus* przypisują teobrominie słabe działanie moczopędne u zdrowych.

1. W chorobach nerek z obrzękami i zatrzymaniem chlorku sodu korzystny wpływ teobrominy jest bardzo wyraźny. *Widal i Javal* wykazali to w sposób niezbity, udowadniając, że wstrzymanie podawania teobrominy obniża z powrotem moczenie. W tych przypadkach według działania teobrominy można według *J. Courmonta i Geneta* wnosić o rokowaniu, które jest bardzo dobre w przypadkach o obfitem moczeniu i wzmożonem wydzielaniu soli utrzymującem się czas jakiś po zaprzestaniu podawania teobrominy, gorsze, gdy chodzi o dobrą diurezę, ale bez wzmożonego wydzielania soli, zupełnie złe, gdy teobromina pozostaje bez skutku. (Badania muszą polegać na oznaczaniu wagi chorych i bilansu soli).

Nie brak jednak obserwacji o braku działania teobrominy na tego rodzaju chorych, chodzi tu o przypadki, w których sprawa nerkowa jest daleko posunięta, tak, że nerka nie odpowiada na podnietę teobrominy. W tak zwanej nefrozie lipoidowej teobromina jest również bezskuteczna.

W zapaleniach nerek przewlekłych bezobrzękowych działanie teobrominy okazało się bardzo niestałe, tam gdzie wpływ się zaznaczył, był on przejściowy.

W przewlekłych zapaleniach nerek z nadciśnieniem teobromina okazała się bezskuteczną, podobnie też i zapaleniach nerek z zatrzymaniem ciał azotowych.

U chorych nerkowych z niedomogą mięśnia sercowego teobromina jest mniej skuteczną, niż naparstnica.

Autorowie podkreślają, że nawet w odpowiednich przypadkach należy przepisywać teobrominę zawsze równocześnie z leczeniem djetetycznem (djeta bezsolna).

W zapaleniach nerek o przebiegu ostrym nie należy przepisywać teobrominy, która nietylko nie pomaga w tych przypadkach, ale może nawet szkodzić, gdyż wzmaga białkomocz.

Autorowie zbierają swe spostrzeżenia co do podawania teobrominy w chorobach nerkowych w następujących punktach: 1) zapalenie nerek nie powinno być zbyt daleko posunięte, 2) należy współcześnie przepisać djetę bezsolną, 3) działanie teobrominy ustaje z chwilą zaprzestania podawania tego leku, 4) dla przekonania się o skuteczności teobrominy należy chorego często ważyć, gdyż samo oznaczanie ilości dobowej moczu jest niewystarczające, 5) prawdziwa postać zapalenia nerek z zatrzymaniem chlorków jest względnie nieczęsta 6) podawanie teobrominy podczas ostrego przebiegu jest przeciwwskazane.

2. W chorobach serca obok zwolenników podawania teobrominy jak *Huchard, Martinet, Cuschny, Heitz* i inni istnieje wielu autorów, którzy odmawiają teobrominie wpływu diuretycznego u sercowo chorych, autorowie niniejszej pracy skłaniają się do tych ostatnich na podstawie swoich badań. Twierdzą oni, że rzekomo korzystny wpływ teobrominy na ustępowanie obrzęków u sercowo chorych odnieść należy przedewszystkiem do współcześnie podawanych leków z grupy naparstnicy (digitalis) oraz innych korzystnych warunków, jak spokój i djeta. W tych przypadkach teobromina nie może zastąpić naparstnicy, a działając na nerki odgrywa jedynie pomocniczą rolę.

3. W innych chorobach polecano również podawanie teobrominy, lecz wpływ tego leku jest tu bardzo wątpliwy. Doświadczenia autorów przemawiają przeciwko teobrominie. Wymienić należy następujące cierpienia: obrzęki i płyny zastojowe w jamach surowiczych u chorych na wątrobę, płyny zapalne w opłucnej i otrzewnej; nadciśnienie krwi, otyłość, dna. Polecano też teobrominę, jako środek zapobiegawczy w dychawicy oskrzelowej, porażeniu połowiczem, w zaburzeniach wkrewno-wegetatywnych, jak migrena lub pokrzywka, a nawet w gruźlicy.

Dawki teobrominy i jej pochodne.

Ambard poleca 2 gr. teobrominy, podzielonej na 3 dawki, twierdząc, że mniejsze dawki są mało skuteczne, a większe mogą wywołać zaburzenia. Tymczasem *G. See* radzi podawanie 2 gr. pierwszego dnia, a w następnych dawki wzrastające 3—4—5 gr. poczem pięć dni przerwy, a w razie potrzeby powtórzenie powyższego leczenia. Inni autorowie podają jako dawki dzienne od 1.50 gr. do 5.00 gr. Autorowie niniejszej pracy radzą podawać 2 gr. dziennie dla osobnika około 70 kg. — u chorych z wyższą wagą zalecają dawki nieco wyższe.

Wielu autorów zaleca podawanie teocyny lub teofiliny zamiast teobrominy (teofina jest syntetyczną teofiliną). Lek ten (teocyna) jest znacznie silniej działający od teobrominy zarówno na nabłonek nerkowy, jak i na mięsień sercowy i jego układ nerwowy. Zalecano dawkę 0,75 gr. dziennie podzieloną na 3 razy. Przy podawaniu teocyny należy zachować dużą ostrożność.

Inni autorowie zalecają teobrominę do wstrzykiwań czyli allylteobrominę. *Rosenthal* podaje 0.30 tego leku na dawkę jednorazową, dwa wstrzyknięcia dziennie. Skutek ma być równie dobry lub lepszy, jak duże dawki teobrominy, bez żadnych objawów nietolerancji.

Labbe i *Violle* zalecają sól jodowo—salicylową teobrominy, jako środek dobrze rozpuszczalny. (jestto tzw. diuretyna). *Chauffard* zaleca równoczesne podanie teobrominy i salicylanu sodu.

W końcu autorowie podkreślają, że sferą działania teobrominy, jako znakomitego leku moczopędnego są przypadki zatrzymania soli kuchennej w ustroju z dostateczną przepuszczalnością nerek; nieodłącznie stosować należy współcześnie djetę bezsolną. W innych przypadkach działanie teobrominy jest względnie nieznaczne lub tylko pomocnicze (obrzęki u sercowo chorych), a nawet szkodliwe (ostre stany zapalne nerek).

Praktyczne uwagi o sztucznym ropniu aseptycznym. (Donnês pratiques sur l'abscès de fixation). A. Pie i P. Delore. *Le Journ. de Méd. de Lyon, 247, 1930.*

Dawne jest spostrzeżenie, że w w wielu chorobach, zwłaszcza zakaźnych, wywołanie ropnia ograniczonego podskórnego, skraca przebieg choroby i wywołuje wyzdrowienie. *Fochier* obserwował pierwszy zbawienny wpływ ropnia aseptycznego w przebiegu gorączki popołogowej; ropień ten powstał po podskórnem wstrzyknięciu roztworu chininy, którą leczono chorą. Dopiero w 16 lat później, po wielu badaniach i obserwacjach *Fochier* (1891) ogłosił swą metodę leczenia niektórych chorób zakaźnych, zwłaszcza gorączki połogowej zapomocą ropnia aseptycznego. Sprawa ta później rzadko była podnoszona przez pojedyńczych autorów np. 1902 r. przez *Carleon* w obszernej pracy, dopiero szkoła lyońska w ostatnich latach przedwojennych na nowo podjęła ten temat, a po wojnie we wszystkich krajach stosują omawiany sposób leczenia.

Co należy wstrzykiwać?

Stosowano cały szereg ciał, jak np.: roztwór zakwaszony siarczanu chininy, azotan srebra, kwas karbolowy, żółty tlenek rtęci, rozcieńczony kwas siarkowy, kwas mlekowy. Ciała te rzadko wywoływały rychłe ropienie, a ropa często była surowiczą. Inne ciała, jak xylol, essencja lawandowa wywoływały raczej zgorzel. Obecnie stosuje się niemal wyłącznie terpentynę, poleconą przez *Crawitza*, starą i dobrze już utlenioną. Autorowie stosują terpentynę kupną. Sterylizacja przez zagotowanie jest zbędną, gdyż terpentyna jest środkiem bakterjobójczym. Zalecany dodatek oliwy do terpentyny jest, zdaniem autorów, zbędny.

Dawki:

Różni autorowie podają dawki od od 1 do 5 ccm. terpentyny. Omyłkowe wstrzykiwania do 25 ccm. wywoływały znaczne nagromadzenie się ropy, lecz chorzy przebyli to bez powikłań. Autorowie stosują dawkę $1^1/_2$ ccm. dla człowieka dorosłego.

Miejsce wstrzyknięcia.

Należy wstrzykiwać podskórnie. Wstrzyknięcie w skórę wywołuje zgorzel, podobnie szkodliwe jest wstrzyknięcie w mięsień, a w każdym razie jest to bardzo bolesne. Wstrzykuje się w boczną część uda lub też w ścianę przednio-boczną brzucha, nieco poza mięśniem prostym brzucha po lewej stronie.

Odczyn prawidłowy.

Z początku pojawia się ograniczony odczyn: dolor, rubor, calor, tumor, niebawem występuje chełbotanie. Pierwszym objawem jest ból, który daje się odczuć w 6—10 godzin po wstrzyknięciu, dochodzi do szczytu koło 36—48 godziny, poczem słabnie. Autorowie zaprzeczają temu, by ból ten miał być niezwykle silny, by przerywał sen i wymagał jakiegoś innego postępowania, jak okłady gorące. Zbyt silny ból zależeć może albo od zbyt dużej dawki, albo od nieodpowiedniego miejsca wstrzyknięcia, bądź też wstrzyknięcia w skórę lub mięsień, a wreszcie wobec neuropatycznej wrażliwości chorego.

Dopiero w 18 godzin po wstrzyknięciu można powiedzieć, czy ropień aseptyczny się „przyjął". Mniej więcej 3 dnia ropień jest już typowy. W razie nie przecięcia ropnia może on przebić skórę, lub też zmniejszyć się, przyczem objawy zapalne ustępują, z czasem następuje całkowita resorpcja, względnie może pozostać twardy guzek. — Aseptyczny ropień nie wpływa w sposób wyraźny na krzywą gorączkową u chorych gorączkujących, natomiast nierzadko po spadku gorączki utrzymują się stany podgorączkowe aż do przecięcia ropnia.

Atypowe odczyny.

Niekiedy rozwój jest późny: dopiero 2-go dnia; *Voiturier* podaje nawet 7-my dzień; są to jednak wyjątki rzadkie. Ropień może tworzyć się pod postacią ropnia zimnego; bez bólu i bez zaczerwienienia skóry, to ostatnie zdarza się w $^1/_7$ przypadków, te ropienia wykazują skłonności do przebicia. W innych przypadkach (5%) powstaje ropień w charakterze flegmony.

Powtórne wstrzykiwania.

Nieraz zdarza się, że ropień nie powstaje. W tych przypadkach autorowie wstrzykują po raz wtóry terpentynę po upływie 24 godzin, a w razie potrzeby ponawiają wstrzykiwania aż do wystąpienia ropnia. Zdarzała się konieczność 5 krotnego wstrzykiwania, aż ropień powstał. Rzecz szczególna, że wówczas kolejno tworzyły się ropnie w miejscach poprzednich wstrzykiwań. Konieczność ponawiania wstrzykiwań występowała w ciężkich przypadkach. W razie przedwczesnego przebicia wrzodu należy powtórnie wstrzykiwać. Warunkiem zasadniczym metody jest istnienie zamkniętego ropnia aseptycznego.

Przecięcie ropnia aseptycznego.

Niektórzy pozostawiają ropień bez otwarcia go; autorzy są bezwarunkowo zwolennikami otwarcia ropnia, lecz przestrzegają przed zbyt wczesnem przecięciem: Najwcześniej 8-go dnia można naciąć ropień pod znieczuleniem zapomocą chlorku etylu. Ropień należy wycisnąć i aseptycznie opatrzyć. Następnego dnia czynność wyciskania w razie potrzeby można powtórzyć. Gojenie się ranki przebiega w kilka dni, nawet u starców.

Powikłania.

Według autorów powikłania są bardzo wyjątkowe, jeśli technika wstrzykiwania była prawidłowa. I tak martwica lub zgorzel powstaje tylko wskutek nieodpowiedniego wprowadzenia terpentyny (w skórę lub mięsień) Rozległe ropienia powstać mogą wskutek opóźnionego przecięcia wrzodu. W rzadkim przypadku *Vorona i Genela* nastąpiło otwarcie się aseptycznego ropnia do jamy brzusznej; lecz przepuklina mięśniowa należy do rzadkości i wówczas należy wstrzykiwać terpentynę nie za głęboko. *Conby* znany przeciwnik stosowania ropnia aseptycznego przytacza przypadek śmierci chłopca 14 letniego. Jestto jedyny przypadek śmierci ogłoszony w literaturze, a tu inną była technika; zbyt duża dawka (2 ccm.) i zbyt późne przecięcie ropnia (15 dzień) mimo rozległości ropienia.

Przeciwskazania.

Ogólnie przytacza się, jako przeciwwskazanie do zakładania ropnia aseptycznego: cukrzycę i obrzęki. Autorowie wstrzykiwali jednak terpentynę w cukrzycy w okresie zakwaszenia z powodu ciężkiego stanu posocznicowego z dobrym skutkiem. Aseptyka wstrzykiwań musi być bez zarzutu. Zmiany w nerkach są również przeciwwskazaniem, *Golteland* wykazał jednak nietylko nieszkodliwość, ale nawet użyteczność wstrzykiwań terpentyny w zapaleniach nerek o przebiegu ostrym, natury zakaźnej. Autorowie później omówią sprawy gruźlicy.

Wiek chorych.

Późny wiek chorych nie przedstawia przeciwwskazania. U osesków i dzieci można również stosować zakładanie ropnia aseptycznego, należy jednak zachować ostrożność co do dawki. I tak: u dzieci niżej 2 lat nie należy przekraczać dawki terpentyny $^1/_4$ — $^1/_3$ ccm., u dzieci od 2 — 5 lat dawka nie powinna przekraczać 2 ccm.

Sposób działania ropnia terpentynowego. (Mode d'action de l'abcès térébenthiné). A. Pic i P. Delore. *Le Journ. de Méd. de Lyon Nr. 247, 1930.*

Skuteczne działanie ropnia aseptycznego, wywołanego zapomocą podskórnego wstrzyknięcia terpentyny — tłomaczono w różny sposób. *Focbier* i inni twierdzili, że ropień ten niejako zbiera i przytrzymuje drobnoustroje i toksyny, będące przyczyną zasadniczego cierpienia. Liczne badania bakterjologiczne tylko rzadko wykazywały drobnoustroje w ropie ropnia aseptycznego i to drobnoustroje

martwe, co jednak tłomaczyć można potężną zdolnością bakterjobójczą terpentyny. Natomiast w zatruciach Hg, As, Pb i Bi znajdowano te pierwiastki w ropie.

Inni autorowie, przypisują terpentynie właściwości bakterjobójcze w całym ustroju, choć terpentyna z trudnością ulega wessaniu, jak o tem świadczy charakterystyczny zapach tego ciała w ropie ropnia nawet po wielu dniach. Częściowe wessanie ma jednak miejsce, gdyż mocz przybiera charakterystyczną woń fijołków. *Faure-Fremiet i Duriwier de Streel* sądzą, że terpentyna z czasem ulega utlenieniu tworząc niestałe tlenki i ciała aldehydowe, posiadające właściwości bakterjobójcze. Wreszcie wyrażano przypuszczenie, że terpentyna działa sama, jako czynnik utleniający w ustroju, a znaną jest rzeczą, jak ważnym jest problem utleniania w procesie obronnym ustroju.

Teorja *Focbiera* i innych mówi o odczynach ustroju drogą nerwową na skutek zadziałania ropnia terpentynowego.

Bodaj najliczniejsi badacze przypisują terpentynie właściwość mobilizowania leukocytów obojętnochłonnych do walki z zakażeniem, O ile jednak jedne badania przemawiają za powstaniem leukocytozy po wstrzyknięciu terpentyny, o tyle inne doświadczenia wpływu tego nie wykazały.

Wpływ terpentyny tłomaczono też zmianami w sokach i płynach ustroju (zmiany humoralne). Zmiany te powstają w ustroju wskutek rozpadu leukocytów w ropniu terpentynowym i następowem wchłonieniu produktów rozpadu. Tem tłomaczyć też można konieczność pozostawienia ropnia przez czas jakiś bez nacinania go.

Wreszcie przypuszczać można, że przez utworzenie się ropnia, znaczna część leukocytów ustroju zostaje odciągnięta niejako od ogniska chorobowego (np. zapalenie płuc) do ropnia i wskutek tego przebieg zasadniczego cierpienia może zmierzać ku uleczeniu.

W konkluzji autorowie skłaniają się do przyjęcia kilku czynników w tłomaczeniu działania ropnia terpentynowego a mianowicie: Właściwość „odciągania“ leukocytów, zmiany humoralne, wpływ wstrząsu i pobudzenie ustroju do tworzenia leukocytów.

Ropień aseptyczny w chorobach pozapłucnych. (Le bilan de l'abcès de fixation en dehors des affections bronchopulmonaires). A. Pic i P. Delore. *Le Journal de Med. de Lyon Nr. 247. 1930.*

Ogólne wskazania do założenia ropnia aseptycznego w chorobach zakaźnych.

Wskazania do założenia ropnia aseptycznego istnieją przedewszystkiem w stanach ciężkiego zakażenia. A więc wówczas gdy wystąpią następujące objawy: bardzo wysoka gorączka, szybkie i słabo napięte tętno, stan odurzenia, majaczenia, suchy język, duszność, chłodne kończyny w wysokiej gorączce. Następnie istnieją wskazania tam, gdzie istnieje oporność ustroju względem leków, lub wreszcie w tych stanach i chorobach, gdzie nie mamy leków swoistych, Zakładać należy ropień aseptyczny naturalnie o ile możności jaknajwcześniej, jak długo istnieje jeszcze zdolność ze strony ustroju do reagowania na bodziec, gdyż przyjęcie się ropnia i skuteczny jego wpływ opiera się przecież na tej zdolności reakcyjnej ustroju.

Zakażenie połogowe.

Cierpienie to było punktem wyjścia dla *Focbiera* w wypracowaniu omawianej metody, Ponieważ nie znamy tu leczenia swoistego, przeto należy jaknajrychlej założyć ropień aseptyczny, skoro tylko leczenie miejscowe nie dało pożądanego skutku. Oczywiście w zapaleniu ropnem otrzewnej metoda ta nie da wyników dodatnich. Statystyka ogłoszona jest zachęcająca.

Zakażenia chirurgiczne.

Wszystkie zakażenia posocznicowe nadają się do leczenia ropniem terpentynowym, choć wynik jest tu wątpliwy. Autorowie zalecają tę metodę w róży, skoro tylko wystąpią objawy ogólnego zakażenia. W osteomyelitis, w stanach początkowych należy również próbować omawianej metody.

Choroby zakaźne układu nerwowego.

Należą tu w szczególności encephalitis epidemica i meningitis cerebro-spinalis. W encephalitis epidemica uzyskuje się zapomocą założenia ropnia aseptycznego nietylko lżejszy i krótszy przebieg, ale też według *Nettera*, chorzy, leczeni zapomocą ropnia, w znacznie mniejszym odsetku wykazywali następnie objawy parkinsonizmu. W meningitis cerebro-spinalis należy również wstrzykiwać terpentynę, zwłaszcza w tych przypadkach, w których nie otrzymano poprawy po leczeniu swoistem. Podobnie należy stosować ropień terpentynowy w przypadkach zapalenia opon mózgowych przy otitis, oraz poliomyelitis infectiosa.

Choroby umysłowe i objawy drgawkowe.

Pascal i *Dawesne* stosowali ropień terpentynowy z bardzo dobrym wynikiem u chorych na psychozę. Ci sami autorowie i inni stosują omawianą metodę także w napadach drgawkowych, wywołanych zmianami pozapalnemi mózgu, a więc przedewszystkiem po przejściu encephalitis.

Ostre. zakaźne zapalenie nerek. Chodzi tu zwłaszcza o przypadki ze zmniejszonem oddawaniem moczu; ropień aseptyczny zdaje się „deblokować" nerki. Przeciwwskazanie stanowią obrzęki skóry.

Choroby zakaźne wysypkowe.

Coste widział bardzo zachęcające wyniki w leczeniu ospy prawdziwej o ciężkim przebiegu. *Pujador y Fauwa* zaleca stosowanie ropnia terpentynowego w płonicy; na 120 przypadków nawet ciężkiej płonicy ani razu nie spostrzegał białkomoczu, ani zapalenia nerek. *Ardonin* stosuje terpentynę w odrze, zwłaszcza ciężkiej i powikłanej zmianami płucnemi.

Dur brzuszny.

Według autorów do leczenia ropniem terpentynowym nadają się zwłaszcza przypadki bardzo ciężkie z zapaleniami odoskrzelikowemi płuc, w ciężkim stanie septycznym z krwotokami jelitowymi. Wyniki mają być bardzo zachęcające.

Zakażenia ek otyczne.

Ropień terpentynowy stosowano z bardzo dobrym wynikiem w durze osutkowym w Algerji. Następnie stosowano to leczenie w trypanosomiasis z równo czesnem podawaniem atoxylu. Należałoby może stosować też terpentynę w żółtej febrze i w dżumie, zwłaszcza płucnej.

Zatrucia.

Niektórzy autorowie stosowali ropień terpentynowy ze skutkiem w zatruciach tlenkiem węgla, sublimatem, ołowiem, a zwłaszcza grzybami. Wyniki zachęcające, zwłaszcza w ciężkich przypadkach. *Lemoine* stosował ropień aseptyczny z bardzo dobrym wynikiem w mocznicy.

Z. Jorecki.

POŁOŻNICTWO I CHOROBY KOBIECE

Umocownaie macicy za pomocą związania ze sobą więzadeł obłych, jako leczenie tyłopochylenia macicy (Metody poza i wewnątrzotrzewnowa). (De la ligamentopexie par autoligature des ligaments rondes dans le traitement de la rétroversion utérine. Procédé extra et intra péritonèal). Villard E., Labry R. *Revue Franc. de Gynecol. el d'Obstetr. Nr. 4 avril 1930.*

Autorowie przedstawiają metodę stosowaną przez się od kilkunastu lat, Metoda pozaotrzewnowa jest w zasadzie odmianą operacji *Alquiè-Aleksander-Adams'a*, z tą różnicą, że otwiera się cięciem poprzecznym, półokrągłym okolicę obydwu kanałów pachwinowych i po wyosobnieniu obydwu więzów obłych związuje sie je ze sobą. Następnie dla wzmocnienia przyszywa się ten węzeł do powięzi i pogrąża się szwem kapciuchowym wgłąb.

Metoda wewnątrz-otrzewnowa, stosowana w przypadkach przyrośniętego tyłozgięcia czy pochylenia macicy, polega na wyosobnieniu więzadła obłego z pochewki otrzewnowej (nacięcie otrzewnej, pokrywającej więzadło tuż przy wewnętrznym otworze kanału pachwinowego, wyrwanie go z kanału na tępo i odpreparowanie z otrzewnej) na przeprowadzeniu końców wypreparowanego więzadła przez sztucznie wytworzone kanały w powięzi, mięśniach prostych, otrzewnej (jak w metodzie *Dolèris'a*) i na związaniu ich ze sobą przed otrzewną, jak w metodzie pozaotrzewnowej.

Wyższość opisanej metody nad operacją *Dolèris-Pellanda* polegać ma na tem, że:

1) więzadło jest samo tylko wciągane do kanału sztucznie wytworzonego, bez otrzewnej;

2) otrzewna miednicy małej zachowuje swój wygląd prawidłowy, bez wytwarzania poszczególnych zaułków i zagłębień;

3) niemożliwą jest rzeczą wciągnięcie do sztucznie wytworzonego kanału jajowodu, jak się to zdarza w metodzie *Dolèris'a*;

4) naprawa położenia macicy jest mniej brutalna, może być zresztą dowolnie miareczkowana, zależnie od słabszego czy silniejszego zaciśnięcia węzła więzadeł obłych.

Wskazania do operacji wewnątrz—czy pozaotrzewnowej nie różnią się od powszechnie znanych.

Bolesne zapalenie przymacicza pochodzenia szyjkowego (La parametrite douloureuse d'origine cervicale). Villard E. Prof. *Revue Franc. Gynecol Obstetr. T. 25, Nr. 4. 1930.*

W dobrze uschematyzowanym artykule omawia autor bolesne zapalenie tylnego przymacicza przewlekłe (parametritis chronica posterior), wywołane przez stany zapalne szyjki macicznej. Anatomo-patologicznie ujmuje autor omawiane schorzenie, jako zapalny stan układu chłonnego, przebiegającego w przymaciczu tylnem, wywołany, jak zwykle zresztą, przez procesy zakaźne i zapalne toczące się w schorzałej szyjce, jak w miejscu owrzodziałem. Ujęcie nadżerki szyjki jako owrzodzenia jest poparciem poglądu *Mentel'a*, sprzeciwiającego się klasycznym dla szkoły niemieckiej poglądom *Ruge i Veila*. Oczywista, że zgadzając się na wypowiedziany powyżej pogląd, jasnym się staje związek etjologiczny owrzodzenia szyjki z typowym zapalnym stanem tkanki łącznej przymacicza tylnego.

Jednocześnie w związku z powyższem rozumowaniem występuje autor przeciwko poglądom *Condamin.a*, który nazywa stany zapalne przymacicza tylnego „Douglasitis", uważając, że są one przyczynowo związane z sprawami chorobowemi, toczącemi się wewnątrz jamy otrzewnowej i opadającemi do jej najniższego punktu — zatoki *Douglasa*. *Villard* jest zdania, że otrzewna stanowi tak mocną przegrodę dla spraw zapalnych, iż nie do pomyślenia jest, aby mogły one przejść na przymacicza z jamy otrzewnowej; toczyć się one muszą w samej luźnej tkance łącznej tej okolicy i przechodzić raczej drogami chłonnemi, naprzykład z owrzodzeń szyji, z jej stanów zapalnych.

Postępowanie lecznicze wynika jasno z powyżej przedstawionej sytuacji anatomo-patologicznej; przyczynowe leczenie polegać winno przedewszystkiem na usunięciu zapalnego stanu szyjki wraz z jej objawem nadżerką. Wchodzi tu w grę przedewszystkiem leczenie miejscowe, rozmaitego rodzaju przypalanie, czy to chemiczne, czy za pomocą galwanokautera, czy też na drodze elektrokoagulacji.

Ponadto wspomina autor o mniej znanej metodzie *Le Quement'a* aspiracji t. zw. „aspiration cervicale". Po wyleczeniu szyjki można, o ile tego zachodzi potrzeba, dodać bardzo ostrożne leczenie samych więzadeł krzyżowo-macicznych (parametritis posterior) za pomocą masażu, diatermji, kąpieli i t. d.

Stany zapalne tkanki łącznej miednicy małej lub podotrzewnowej o charakterzę przerostowym i wyglądzie nowotworowym (Cellulites, pelviennes ou pelviabdominales, hypertrophiques, a signalement nèoplasique). Petit-Dutaillis. *La Gynécologie T. 29, Nr. l, 1930*

Autor przypomina pięć widzianych przez się przypadków, w których stan zapalny tkanki łącznej miednicy małej lub podotrzewnowej, głównie leżącej pod krezką jelit — imitować może ciężkie schorzenia nowotworowe, gdyż i objawy ogólne zapalne wyrażone są bardzo łagodnie. W ostatnio obserwowanym przez się przypadku choroba rozpoczęła się nagle wysoką ciepłotą do 39,5 C. Obmacywanie wykazało guz wielkości dwu męskich pięści, wypełniający prawą połowę miednicy małej, nieoddzielający się od kości, przesuwający macicę na lewo, nie przyrastając do niej, wypuklający bardzo mocno pochwę, o zbitości drzewa, niebolesny, wysterczający ponad wiązadła pachwinowe o 3 cm. Nacięcie powłok brzusznych bez uszkodzenia otrzewnej wykazało, iż guz wyżej opisany składa się z tkanki tłuszczowej w stanie zapalnym. W ciągu 13 dni guz ten znikł zupełnie bez żadnego innego leczenia poza spokojem i okładami z lodu.

Wykonana w następstwie laparotomia potwierdziła nienaruszony stan otrzewnej i wykazała zapalenie wyrostka robaczkowego, położonego poza kiszką ślepą (retrocoecalis); zapalenie wyrostka robaczkowego było prawdopodobnie punktem wyjścia zapalenia luźnej tkanki łącznej miednicy małej.

W innym przypadku zapalnemu naciekowi uległa tkanka łączna podotrzewnowa, wyściełająca przestrzeń pomiędzy blaszkami krezki jelit. Jelita same uległy obrzękowi, wzdęciu i były pokryte nalotem włóknikowym dość grubym, ale nigdzie nie przylegającym do otrzewnej ściennej.

Stany podobne uważane były przez niektórych autorów za zapalenie wytwórcze otrzewnej — były jednak prawdopodobnie pierwotnem zapaleniem tkanki łącznej podotrzewnowej, do którego zmiany w otrzewnej dołączyły się tylko wtórnie. W przypadku omawianym, a obserwowanym przez autora wspólnie z *Dolèrise'm*, guz dochodził swą górną granicą do pępka, a dołem gubił się w miednicy małej, tak że macicy ani przydatków oddzielnie wymacać się nie udało. Guz ten znikł w ciągu 2 miesięcy bez żadnego prawie leczenia.

(Artykuł niniejszy jest cennym przyczynkiem do sprawy rozpoznawania natury guzów nieruchomych, wzbudzających zawsze poważne podejrzenie co do natury nowotworowej — przyp. refer).

Thymophisine jako środek pobudzający skurcze macicy w przypadkach pierwotnego lub wtórnego osłabienia bólów porodowych (La thymaphysine remède excitant les contractions utèrines en cas d'inertie primitive ou secondaire). Holtz Folke. *La Gynécologie T. 29, Nr. 3. 1930.*

Autor zastosował thymophysine w 23 przypadkach, z tego w 19 — w porodach na czasie, w 3 — w porodach przedwczesnych i 1 w poronieniu czteromiesięcznym.

Na zasadzie powyższego doświadczenia autor dochodzi do następujących wniosków:

1. Thymophysina w dawce 1—2 cm.³ domięśniowo wzmacnia naogół bóle porodowe, dzięki czemu przyspiesza się wybitnie poród.
2. Omawiany lek nie może wywołać czynności porodowej jeszcze nieistniejącej.
3. Thymophysina nie działa, o ile mięsień macicy jest bardzo wyczerpany naskutek zbyt długotrwałego porodu.
4. Podanie omawianego organopreparatu wpływa na wzmocnienie bólów również w przypadkach poronienia i porodu przedwczesnego.
5. Łożysko odkleja się szybko w przypadkach, w których stosowano thymophysinę; ilość utraconej krwi przy porodzie nie przekracza normy.
6. Dawka 2 cm.³ działa niekiedy zbyt silnie, powodując duszenie się płodu — toteż używać należy raczej $1^1/_2$ cm.³
7. Thymophysina podnosi ciśnienie krwi.
8. Lek omawiany stosować można tak w okresie rozwierania się ujścia zewnętrznego macicy, jak w okresie wydalania płodu.
9. Za przeciwwskazania uważać należy zbyt mocne bóle, wzmożone parcie krwi, jak również choroby serca i nerek, rzucawkę porodową, schorzenie płuc, grożące pęknięcie macicy i t. d.

Krwawienia w połogu. (Les hémorragies du post partum). Balard P. *Revue Franç. de Gynecol. et d'Obstetr. T. 25, z. 5, 1930.*

Krwawienia w połogu były dotychczas uważane jedynie za skutek pozostawienia przy porodzie resztek jaja płodowego. *Couvelaire* zwrócił jednak uwagę, że często krwawienia te są objawem zakażenia połogowego i to pomimo, że macica jest zupełnie pusta. W związku z powyższem stanowiskiem *Couvelaire* zażądał z jednej strony zupełnego powstrzymania się od jakichkolwiek rękoczynów wewnątrz macicznych, z drugiej — w przypadkach ciężkich — natychmiastowego i całkowitego usunięcia macicy.

Balard, pragnąc zabrać głos w dyskusji w tej sprawie, przejrzał materjał Maternite w Bordeaux za ostatnie 30 lat i znalazł 50 przypadków krwawień w połogu. Stanowi to około 2% na cały materjał wymienionego zakładu położniczego.

Przeciętna śmiertelność wynosi 20—25%. Z powyższej liczby 50 przypadków — 26 odnieść należy do grupy resztek po porodzie, 24 zaś — do krwawień na tle zakażenia połogowego. Objawy kliniczne obydwu wymienionych grup nie różniły się ze sobą w takim stopniu, aby mogły być uważane za patognomoniczne. Gorączka występowała w 45% przypadków z resztkami jaja płodowego i w 30% krwawień na tle zakaźnym. Badanie zestawione wykazuje w obydwu grupach macicę dużą, miękką, bolesną, z ujściem wewnętrznym niezupełnie zamkniętem. Natomiast spostrzec się dają pewne różnice w czasie występowania krwawień połogowych; w przypadkach z resztkami jaja płodowego zaczynają się one na 12—15 dzień; w grupie zakażenia połogowego — pomiędzy 7 a 12 dniem połogu. Chore w tej drugiej odczuwają bóle samoistne i bolesność uciskową dość żywo zaznaczoną.

Jedynym decydującym sposobem rozpoznawczym jest badanie wewnątrzmaciczne palcem, które wykonane czysto i ostrożnie jest, zdaniem autora, nieszkodliwe. Z 26 przypadków krwawień połogowych,

spowodowanych pozostawieniem resztek łożyska, 5 zakończyło się zejściem śmiertelnem. Wszystkie przypadki tej grupy leczono, usuwając palcem resztki łożyska.

Z 24 przypadków krwawień w połogu na tle zakażeń (resztek łożyska nie stwierdzono), w 20 nastąpiło wyleczenie — 4 chore zmarły.

Leczenie stosowano następujące: w 9 farmakologiczne; w 13 — skrobanie macicy, lub tamponada; w 2 — wycięcie macicy. Przypadki zakończone śmiertelnie leczono: 2 — wyciśnięciem macicy, 1 — skrobaniem, 1 — tamponadą.

Przegląd dokładny przypadków doprowadza do wniosku, że wynik leczniczy prawie nie zależy od sposobu leczenia; przypadki bowiem omawianego schorzenia są tak różne, że nie można ich ściśle ze sobą porównywać. Nie posiadamy również objawów klinicznych, którym możnaby przypisać znaczenie prognostyczne.

Naogół zarysowują się dwie linje postępowania:

1) żadnych zabiegów wewnątrz-macicznych — w razie wskazań do leczenia operacyjnego — wycięcie macicy;

2) wybór sposobów leczenia zależnie od ciężkości przypadku, stosując to środki farmakologiczne, to skrobankę, to wycięcie macicy, to tamponadę.

Autor, wyliczywszy powyższe sposoby leczenia, natychmiast wprowadza zastrzeżenie co do dwu z nich, a mianowicie co do skrobanki i co do tamponady.

Skrobanka jest zabiegiem, wykonywanym na ślepo, to też niezawsze powoduje usunięcie pozostawionego zrazika, a z drugiej strony ułatwia rozsianie się drobnoustroji po organiźmie i wywołuje wchłanianie się toksyn.

Tamponada powoduje zatrzymanie odchodów i pobudza rozwój zakażenia.

Na ogólną ilość 9 zmarłych chorych tamponadę stosowano u 5-ciu. Zabieg ten wolno używać tylko do chwilowego zmniejszenia krwotoku, na czas dokonania przygotowań do operacyjnego usunięcia macicy.

Tam, gdzie stwierdzono obecność resztek łożyska, należy, zdaniem *Balarda*, wydobyć je palcem, nawet jeżeli są one do macicy przyrośnięte.

Co do wycięcia macicy, to wskazane jest ono o ile powracają lub trwają czy to krwawienia, czy objawy zakażenia. Oczywista, krwawienia te winny mieć charakter krwotoków, aby stać się wskazaniem do wycięcia macicy, a objawy zakażenia muszą być istotnie niepokojące. Ale wtedy z usunięciem macicy zwlekać nie należy, aby nie było zapóźno.

Przyczynek do badań nad późnemi krwotokami w połogu. (Contribution a l'étude des hémorragies tardives des suites des couches). Eparvier H. *Gynecol. et Obstétr. T. XXI. Nr. 4.*

W związku z podniesioną przez *Couvelaire'a* rewizją stanowiska położników w sprawie leczenia poźnych krwotoków w połogu, autor przedstawia statystykę z ostatnich 14 lat z zakładu położniczego, prowadzonego kolejno przez *Commandeur'a i Trillat'a*. Na ogólną ilość 18,213 porodów krwawienia późne w połogu miały miejsce w 39 przypadkach, co stanowi 2,14 ‰. Z ogólnej liczby 39 przypadków w 10 przyszło do samoistnego wyleczenia, niewiadomo więc, czy były tam resztki łożyska w macicy, czy nie. Pozostałe 29 przypadków dadzą się podzielić jak następuje: 1°)10 przyp. wyraźnych resztek łożyska, 2°)4 przypadki wątpliwe, 3°)8 przypadków zatrzymania skrzepów i doczesnej, 4°)7 przypadków, w których z pewnością macica nie zawierała resztek łożyska. Na 10 przypadków pierwszej grupy 2 skończyły się śmiercią, z tego jeden z wykrwienia się, drugi — z zakażenia. Z pozostałych 19 tu szesnaście skończyło się pomyślnie, 2 miały przebieg uporczywy, 1 zaś skończył się niepomyślnie z zejściem śmiertelnem. Wnioski nasuwające się z powyższych obserwacji ująć się dadzą jak następuje: 1) zatrzymanie resztek sprzyja krwawieniu i zakażeniu; 2) w 26 przypadkach na 29 ręczne usuwanie resztek, względnie rewizja jamy macicy, dało wynik pomyślny;

3) w 3 przypadkach zabieg wewnątrzmaciczny spowodował śmiertelne zakażenie połogowe.

Wobec tego należy: A) za wszelką cenę unikać pozostawienia resztek łożyska. Nie od rzeczy będzie przypomnieć jak należy postępować w III okresie: 1. czekać spokojnie aż się łożysko odklei; 2. jeśli trzeba usunąć łożysko, to po prawidłowej próbie zabiegu Credeg'o, nie obawiać się recznego wydobycia łożyska; 3. starannie oglądać łożysko; 4. w razie wątpliwości nie obawiać się zrewidować natychmiast jamę macicy.

B) Jeżeli stajemy wobec konieczności badania jamy macicy w połogu z powodu późnego krwawienia, należy starać się odsunąć ten zabieg jak najdalej, próbując najpierw leczenia zachowawczego. Jeśli zabieg jest nieunikniony, kierować się będziemy w wyborze metody w sposób następujący:

1. wycięcie macicy zastosujemy: a) w ciężkim stanie zakaźnym, b) o ile krwawienie powraca po raz wykonanym już zabiegu wewnątrz-macicznym.

2. Ręczne usunięcie resztek łożyska wykonać należy w lżejszych przypadkach z niską temperaturą, bez objawów zakażenia.

Zabieg ten wykonany ostrożnie i łagodnie okazuje wielkie usługi i nie może ulec wyklęciu, jak by tego chciał *Couvelaire*, gdyż daje dobre wyniki (26 wyleczeń na 29 przypadków). Wątpliwą jest rzeczą, czy wyciecie macicy, stosowane we wszystkich tych przypadkach dało by również nizki odsetek śmierci.

Przyszłość kobiet, które przeszły cięcie cesarskie (L'avenir des femmes après l'operation césarienne classique). Kouwer B. J. *Gynècol et Obstètr T. XXI Nr. 3. 1930.*

Autor przedstawia wyniki operacji swoich i jego asystentów z 26 lat pracy klinicznej, w czasie których wykonano 243 cięcia cesarskie klasyczne. Dokładnie przeprowadzona obecnie ankieta pozwoliła na istotną ocenę wartości omawianej operacji położniczej. Częstość cięć cesarskich w stosunku do ogólnej ilości porodów wyniosła 4,34 ‰, w ostatniem dziewiecioleciu 6 ‰.

Przepuklinę pooperacyjną stwierdzono w 23 przypadkach, z których 20 dotyczyło wieloródek. Etjologicznie wiązać należy przepuklinę linji średniej z samą ciążą, zmniejszającą wytrzymałość ściany brzusznej. Ropienie z powodu wydalenia szwów jedwabnych miało miejsce w 13 przypadkach, z tege w 2 pociągnęło ono za sobą następowe operacje z mylnem rozpoznaniem raz mięśniaka macicy, raz zapalenia wyrostka robaczkowego.

Zrosty, rozpoznawane nieoperacyjnie, występują dość często po cięciu cesarskiem, jednakowoż tła zapalnego, ani stałego stosunku do ciężkości

przebiegu pooperacyjnego, względnie do zakażenia przypadku ustalić się nie udało.

Powyższy pogląd autor ilustruje kilkoma przykładami parokrotnie przez niego wykonywanych u tych samych kobiet cięć cesarskich.

Zarzucanej przez niektórych autorów niepłodności w skutku cięcia cesarskiego autor nie mógł stwierdzić.

Specjalną uwagę poświęca autor bliźnie macicznej; na 42 przypadki drugiego cięcia cesarskiego raz tylko jeden blizna była cienka i wyglądała niewystarczająco; na 14 przyp. operowanych poraz trzeci cienka blizna była w 3; na 6 operowanych poraz czwarty do szóstego zaledwie w 1 przypadku wygląd blizny był niezadawalający. We wszystkich tych przypadkach autor wykonał wycięcie blizny. W jednym przypadku przyszło po 1 cięciu cesarskiem do pęknięcia macicy w miejscu blizny; przynastępnym porodzie chora zmarła. Nieprawidłowego przyrostu łożyska w miejscu dawnej blizny autor nie stwierdził.

Śmiertelność ogólna wyniosła 20 przypadków (8,?%), po odrzuceniu przypadków śmierci niezależnych od operacji równa się ona 10 przyp., co stanowi 4,3%.

Pooperacyjny przebieg bez zarzutu miał miejsce w 55,4% przyp. Oczywista, gorsze wyniki były tam, gdzie operowało się po pęknięciu błon płodowych i po badaniach poza kliniką.

Reasumując autor podkreśla braki i wady cięcia cesarskiego klasycznego, nie widzi jednak w cięciu szyjowem tak znacznego postępu, aby nie należało i na nie przenieść choćby częściowo obaw i zastrzeżeń, zdobytych doświadczeniem z cięcia cesarskiego klasycznego.

Rozpoznnie i rozpoznanie różniczkowe ciąży za pomocą wstrzykiwań dożylnych wyciągu tylnego płata przysadki mózgowej. (Diagnostic et diagnostic differentiel de la grossesse par injection intraveneuse d'extrait hypophysaire posterieur). Reeb. *Gynècologie et Obstetr. T. XXI, Nr. 1, 1930.*

Autor za przykładem *Lorrinez'a i Kustner'a* poleca wstrzykiwanie w czasie badania zestawionego dożylnie 0,4 — 0,5 cm.³ wyciągu tylnego płata przysadki mózgowej w celu rozpoznania ciąży. Mianowicie macica ciężarna pod wpływem wyżej wspomianej injekcji już po 20 — 40 sek. kurczy sie i twardnieje, przybierając konsystencję drewna. Jasną jest rzeczą, że również macica, zawierająca mięśniak podśluzowy, wydalając go za pomocą skurczów, zmieniać będzie swoją konsystencję, nigdy jednak w fazie skurczu nie osiągnie spoistości drzewa.

Niebezpieczeństwo omawianego zabiegu w postaci czy to krawienia poza łożyskowego, czy to śmierci płodu, czy wreszcie poronienia wydaje się autorowi mało prawdopodobne.

Artykuł swój *Reeb* ilustruje opisem VIII przypadków wybranych z ogólnej liczby 50, w których stosował on diagnostyczne injekcje dożylne wyciągu z tylnego plata przysadki mózgowej.

W sprawie przypadku ciąży śródmiąższowej. (A propos d'un cas de grossesse interstitielle). Hubner i Morel. *Gynecol. et Obstetr. T. XXI. Nr. 1, 1930.*

Autor opisuje przypadek ciąży zewnątrzmacicznej umiejscowionej w mięśniu dna macicy i będącej w połączeniu z częścią śródmiąższową jajowodu. Pacjentkę przewieziono z objawami wylewu krwi do jamy brzusznej, to też poddano ją laparatomji, przy której stwierdzono istotnie krew płynną w brzuchu i... najzupełniejszy brak jej źródła. Przeszukano narząd rodny, wyrostek robaczkowy, wątrobę, żołądek, zatokę *Douglasa* — nigdzie żadnych zmian. Jedynie macica odpowiadała wielkością IV m. ciąży i. na co operatorowie nie zwrócili uwagi, dno jej było specjalnie wypuklone, tak, że przyczepy wiązadeł obłych i jajowodów były nienormalnie nizko. Wobec braku, jak się autorom zdawało, jakichkolwiek zmian patologicznych zaszyli oni brzuch, nie wyjmując nic. W dwa dni później wystąpił nagły zapad i chora zmarła. Sekcja wykazała pęknięcie ściany macicy w dnie z uwidocznieniem jamy, w której znajdował się płód wraz z łożyskiem: ściana dna była przez jaje płodowe rozdwojona z wytworzeniem jamy śródmiąższowej, równomiernie unoszącej dno ku górze.

Schorzenia skórne w ciąży: zapalenie skóry, zmiany toksyczne i barwikowe. (Les dermatoses, les toxidermies et les melanodermies de la grossesse). Selitzky. *Gynécol.et. Obstetr T. XXI, Nr. 1, 1930.*

Etjologję schorzeń skórnych w ciąży autor upatruje w zaburzeniu czynności gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, w zatruciu ciążowym i w zaburzeniach w sferze układu nerwowego autonomicznego (zresztą S. nie precyzuje dokładnie etjologję tego czy innego schorzenia, zadawalając się ogólnemi rozważaniami; przyp. ref.) W końcu artykułu autor podaje proponowany przez się podział chorób skórnych w ciąży, zaznaczając że ma być on tylko kanwą do przyszłego dobrze opracowanego podziału. Za najpoważniejsze schorzenia uważa autor impetigo herpetiforme i herpes gestationis.

Leczenie chorób skórnych w ciąży powstałych i z nią związanych etjologicznie polegać ma przedewszystkiem na przestrzeganiu zasad higjeny ogólnej; dodać należy do tego injekcje surowicy końskiej, czy rozczynu fizjologicznego soli, czy własnej krwi całkowitej chorej, czy wreszcie preparatów jajnikowych, *Aschner* poleca gorąco upusty krwi bądź same, bądź kombinowane z powyższemi injekcjami. Miejscowo należy leczyć jak najmniej i najostrożniej.

Stosunek chronologiczny pomiędzy cyklem miesiączkowym, cyklem jajnikowym i czynnością pewnych gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu — badany za pomocą odczynu zaczynowego (enzymoreakcja). (Relations chronologiques entre le cycle menstruel, le cycle ovarien et les fonctions de certaines glandes a secrétion interne étudiées par l'enzymoréaction). Assereto L. *Gynecol. et Obstetrique, t. XXI, nr. 3, 1930.*

Enzymoreakcja polega na obserwowaniu zdolności badanej surowicy do trawienia ciał białkowych in vitro z wydzieleniem amino-kwasów. Produkty trawienia odkrywane są za pomocą ninhydriny. Jasną jest rzeczą, że przed rozpoczęciem reakcji należy doprowadzić ciała białkowe do stanu przetrawienia poprzez stadjum peptonu do postuci zbliżonej do polipeptydów.

Autor pobierał co 7 dni krew od zdrowych, prawidłowo miesiączkujących kobiet i po odciągnię-

ciu surowicy wykonywał z nią enzymoreakcję z następującemi ciałami białkowemi: jajnik całkowity, przysadka mózgowa, tarczyca, nadnercze, ciałko żółte, płyn z pęcherzka *Graafa* i resztka jajnikowa po oddzieleniu ciałka żółtego i pęcherzka *Graafa*. W sposób powyższy autor przebadał 3 przypadki, poczem dochodzi do szeregu wniosków, z których najważniejsze są:

1) ciałko żółte jest u szczytu swojej czynności przed samą menstruacją;
2) płyn pęcherzykowy przeciwnie jak ciałko żółte najsłabiej funkcjonuje przed samą miesiączką, najsilniej w środku okresu międzymiesiączkowego;
c) przysadka mózgowa działa najsilniej w końcu menstruacji.

Na zakończenie autor wyraża zdanie, że należałoby przestać rozpatrywać niedomogę lub nadczynność jajnika jako całości, lecz brać pod uwagę oddzielnie funkcje ciałka żółtego i oddzielnie płynu pęcherzykowego.

Wreszcie podkreśla autor różnicę, jaka istnieje pomiedzy podawaniem wyciągów gruczołowych przez usta i w drodze pozajelitowej; w pierwszym przypadku mamy do czynienia z dowozem substancji, w drugim — z procesem immunizacyjnym i co zatem idzie z wytworzeniem się ciał o działaniu przeciwległem.

Tak więc pobudzająco na miesiączkę działać winny podawane per os ciałko żółte, tarczyca i nadnercze, natomiast płyn pęcherzykowy i przysadka mózgowa powinny powstrzymać menstruację.

(Artykuł równie oryginalny pod względem metody, jak wyników (przyp. ref.).

Obrażenia pęcherza moczowego w czasie operacji brzusznych ginekologicznych. (Les lésions de la vessie dans les laparatomies gynécologiques). Daniel C., Mavrodin D. *Gynécol. et Obstétr, T. XXI, Nr. 4, 1930.*

Na tle jednego obserwowanego przez się przypadku autorowie omawiają obrażenia pęcherza moczowego, powstające w czasie laparatomji ginekologicznych, z wyłączeniem operacji wycięcia macicy z powodu raka szyjki lub części pochwowej. Obrażenia omawiane mogą być dwojakiego rodzaju: albo chodzi o przerwanie ciągłości ściany pęcherza przez nacięcie go (nożem czy nożyczkami), czy też przez rozdarcie (przy odsuwaniu na tępo pęcherza od przedniej ściany macicy), albo ma miejsce w czasie operacji narazie uszkodzenie odżywiania krwionośnego jakiegoś odcinka ściany pęcherza z następową martwicą, wypadnięciem tego odcinka i wtórnem wytworzeniem się przetoki pęcherzowo-brzusznej, czy pęcherzowo-przymacicznej.

Ten czy inny rodzaj przetoki zależy od umiejscowienia obrażenia: jeśli znajduje się ono na tylnej i górnej ścianie pęcherza (powstaje przy oddzielaniu zrostu pęcherza z macicą lub przydatkami) przetoka otwiera się do jamy brzusznej; jeśli zaś uszkodzono pęcherz na przedniej i dolnej ścianie (przy przecinaniu powłok brzusznych) przetoka drąży do przestrzeni *Retzius'a*, a stamtąd mocz i ropienie rozszerzyć się może najczęściej ku ranie w powłokach, lub też do przymacicza bocznego, lub w kierunku przedniego sklepienia pochwy. Przecięcie ściany pęcherza w czasie zabiegu, zwłaszcza na jego tylnej ścianie zazwyczaj zostaje natychmiast spostrzeżone i zeszyte, stąd rzadko przychodzi do przetok pęcherzowo-brzusznych, przecięcie przedniej ściany częściej uchodzi uwagi operatora, stąd częściej widzieć można połączenie jamy pęcherza z przymaciczem przedniem (przestrzenią *Retzius'a*).

Niewątpliwie najciekawszy dział obrażeń ściany pęcherza stanowią te, które są wynikiem bądź ucisku wziernika i to tak leżącego nad spojeniem łonowem jak łyżek bocznych nadmiernie rozciągających na boki ścianę pęcherza, jak również skutkiem oddzielania pęcherza na tępo z odwarstwieniem od jego ściany odżywczych naczyń krwionośnych. Martwica częściowa ściany pęcherza moczowego może wreszcie powstać na skutek jego schorzenia (cystitis), zmniejszającego jego siły odpornościowe; jeśli przyłączy się do tego ropienie w powłokach brzusznych (zwłaszcza u osób otyłych), to przyjść może do wtórnego wypadnięcia odcinka ściany pęcherza z wytworzeniem się przetoki. Przypadek autorów należał do tej ostatniej kategorji.

Rozpoznanie schorzenia nie zawsze jest łatwe, zwłaszcza, że w przypadkach małych przetok mocz wydziela się przez cewkę dość obficie. Uwagę naszą zwracają w przypadkach przetoki pęcherzowo-brzusznej objawy otrzewnowe, w przypadkach zaś przedostawania się moczu do przedniego przymacicza — ropienie w powłokach. Oczywista należy pamiętać o badaniu moczu makro i mikroskopowem, o cystoskopji, o rentgenogramie pęcherza po wypełnieniu pęcherza powietrzem (przy przetoce pęcherzowo-brzusznej przechodzi ono do jamy brzusznej i dostaje się pod przeponę, przy przetoce do powłok zbiera się ona w przestrzeni *Retzius'a*, a pęcherz również nie może się wypełnić całkowicie, podobnie jak w pierwszej możliwości).

W postępowaniu leczniczem pamiętać należy 1) o natychmiastowem zeszyciu uszkodzenia, zauważonego w czasie operacji, 2) o odprowadzeniu moczu tak przez cewkę, jak na drodze sączkowania okolicy nadłonowej. Oczywista, tam, gdzie przyszło do do ropienia należy zapewnić ropie łatwy odpływ i, o ile sączek nadłonowy nie wystarcza, należy otworzyć przednie przymacicze od dołu przez pochwę, tworząc kontr-aperturę. Po ustaniu ropienia zeszyć należy przetokę w sposób zwykły.

Uniesienie macicy przez pochwę w czasie całkowitego wycięcia macicy. (L'élevation de l'uterus par voie vaginale dans l'hysterectomie abdominale totale). Monjardino J. *Gynecol. et Obstetr. T. XXI, Nr. 4, 1930.*

Autor opisuje i zaleca przyrząd, mający na celu uniesienie macicy ku górze — w czasie zabiegu całkowitego wycięcia macicy i to nie zapomocą pociągnięcia jej za trzon ku górze, lecz na drodze wypychania od strony pochwy.

Aparat omawiany składa się z dwu rur, wchodzących jedna w drugą o średnicy 24 i 28 mm., poruszających się w stosunku do siebie za pomocą kółka zębatego, umieszczonego z boku i poruszanego za pomocą długiej rączki. Rurka wewnętrzna zakończona jest tak, aby móc podeprzeć część pochwową i objąć ją możliwie najwygodniej. Aparat ten załącza się do wziernika *Doyen'a* i w czasie operacji kręcąc długą korbką podsuwa się wewnętrzną rurkę, podpychając część pochwową, a za nią całą macicę, ku górze. Ręka wprowadzona od strony jamy brzusznej kontroluje stan napięcia ścian pochwy, uprzedzając nadmierne ich rozciągnięcie. Oczywista, opisana aparatura znacznie ułatwia technikę całkowitego wycięcia macicy.

Skutki połowicznego odcięcia nadpochwowego w 2 przypadkach macicy podwójnej. (Les suites de deux hemi-hysterectomies subtotales pour utèrus doubles). Petit-Dutaillis Paul. *La Gynecologie z, 29, Nr. VI, 1930.*

Autor opisuje dwa przypadki macicy podwójnej, w których zmuszony był interwenjować operacyjnie, wyciął jedną tylko połowę i w rezultacie pacjentki zaszły w ciążę, donosiły szczęśliwie i urodziły i to jak np. w drugim przypadku dwoje dzieci jedno po drugiem.

Przypadek pierwszy dotyczy osoby przywiezionej z rozpoznaniem ciąży pozamacicznej. Po otwarciu jamy brzusznej okazało się, że ciąża umiejscowiona była w niedorozwiniętym rogu prawym rogu macicy i w odpowiedniej trąbce; lewa połowa macicy wyglądała na prawidłowo rozwiniętą. Autor usunął prawą połowę macicy wraz z odpowiedniemi przydatkami. Jak wspomniano wyżej chora zaszła następnie w ciążę.

W przypadku drugim 18-letnią pannę dostarczono do szpitala z objawami ostrego skrętu lewego rogu macicy dwurożnej jednoszyjowej, przyczem stwierdzono jeszcze krwiak trąbki lewej (haematosalpinx) i krwiak międzywięzadłowy po stronie lewej. Wycięcie lewej połowy macicy wraz z przydatkami. W następstwie dwukrotny szczęśliwy poród zdrowych dzieci.

Reasumując autor podkreśla z naciskiem, że postępując w myśl zasad panującego obecnie konserwatyzmu operacyjnego można i należy traktować połowę macicy nie wykazującą zmian chorobowych za istotnie zdrową, także pod względem czynnościowym, co jest równoznaczne z obowiązkiem pozostawiania zdrowej połowy macicy.

T. Zawodziński.

CHIRURGJA.

Zachowanie się czucia właściwej tkanki kostnej. (Le paradoxe de la sensibilité osseuse). R. Leriche. *La Presse Méd, nr. 63, sierpień 1930.*

O ile okostna, tkanki przystawowe (więzadła) i szpik kostny są, jak wiadomo, bogato wyposażone w czuciowe zakończenie nerwowe, o tyle sama kość jest zasadniczo nieczuła. Jednakże nie jest to pogląd ścisły, gdyż codzienne spostrzeżenia kliniczne dowodzą niezbicie obecności czuciowych zakończeń nerwowych i w zakresie istoty gąbczastej kości. Jeśli wykonywać w znieczuleniu miejscowem przecięcie poniżej krętarzowe kości udowej, to przekonywamy się, że dłutowanie istoty zbitej jest zupełnie niebolesne, ale z chwilą zagłębienia dłuta w istotę gąbczastą występuje ostry ból, który trzeba łagodzić wstrzyknięciem roztworu nowokainy.

Podobnie w złamaniach kości przesuwanie się odłamów względem siebie, przez mechaniczne drażnienie zawartych w kanałach *Hawersa* zakończeń nerwowych powoduje silny ból i odruchowe napięcie mięśni odpowiednich. Wstrzyknięcie roztworu nowokainy w tkanki, otaczające złamanie, pozostanie tu bez skutku, tymczasem kiedy jego wstrzyknięcie bezpośrednio między stykające się odłamy złagodzi w dużym stopniu ból i zniesie odruchowe napięcie mięśni, a w wyniku — umożliwi swobodne i dokładne zestawienie odłamów bez konieczności stosowania uśpienia ogólnego. W tym celu wprowadza się dokładnie między odłamy kostne 10 — 20 cm³ 2% roztworu nowokainy, ewentualnie do jamy krwiaka przykostnego, gdyż wówczas krew nagromadzona ułatwi równomierne rozprowadzenie środka znieczulającego. Naturalnie, wrażliwość na ból skóry i wogóle tkanek dalej od kości położonych pozostanie zachowana. Tak że działanie lecznicze nowokainy polega tutaj na zniesieniu czucia zakończeń nerwowych, zawartych w kanałach *Hawersa*, a pośrednio — na zniesieniu przykurczu mięśni, sąsiadujących z ogniskiem złamania.

Autor stosuje ten sposób postepowania w oddziale swoim stale od października 1929 roku w przypadkach złamań uda, goleni, kostek, kości ramieniowej, promieniowej — zawsze z wynikiem zupełnie dobrym.

Leczenie operacyjne złośliwych postaci gruźliczego, ropnego zapalenia opłucnej (Traitement des pleurésies purulentes tuberculeuses malignes). Pissary. *La Presse Méd. nr. 63, sierpień 1930.*

Ze względów praktycznych autor dzieli ropne gruźlicze zapalenie opłucnej na dwie zasadnicze postacie kliniczne: dobrotliwą i złośliwą. Postać złośliwą cechują: utrzymująca się przez czas dłuższy wysoka gorączka, znaczne upośledzenie stanu ogólnego, objawy wytworzenia się komunikacji między jamą opłucnową a światłem oskrzela. Pozostałe przypadki zalicza do grupy dobrotliwych.

Następnie, autor porównuje wyniki leczenia różnemi metodami — nakłucia, oleothorax, trwałe sączkowanie jamy opłucnowej (pleurotomia) i torakoplastyka — złośliwych postaci gruźliczego ropnego zapalenia opłucnej, na postawie obcych statystyk i szeregu własnych przypadków.

I. Nakłucie. Zejście śmiertelne, po krótszym lub dłuższym przeciągu czasu, otrzymano w 73%; we wszystkich pozostałych przypadkach wytworzyły się przetoki zewnętrzne, które w pewnych przypadkach uległy samoistnemu zagojeniu.

II. Oleothorax. Zejście śmiertelne nastąpiło w 62%, w pozostałych — naogół duża poprawa.

III. Trwałe sączkowanie opłucnej (pleurotomia) daje w wyniku 64% zejścia śmiertelnego, a poza tem — zrzadka wyleczenie, a prawie zawsze mniej lub więcej trwałą poprawę.

IV. Torakoplastykę wykonuje się po uprzedniem, trwałem sączkowaniu opłucnej (obecnie—najczęściej), lub też bez sączkowania. Śmiertelność przy tym sposobie leczenia wynosi 60%. Większość chorych była operowana parokrotnie (zabiegi operacyjne uzupełniające); u wielu z chorych wyleczonych pozostało znaczne i szpecące zniekształcenie klatki piersiowej.

Te niezbyt zachęcające wyniki lecznicze otrzymywano tu pomimo to, że do torakoplastyki wybierano naogół chorych z większym zapasem sił, w niezłym stanie ogólnym.

Jeśli porównać teraz wyniki lecznicze, otrzymane owemi czterema sposobami, to staje się oczywistem, że żadna z tych metod nie daje bynajmniej wyników lepszych, niż pozostałe, I dlatego też, wybór najlepszej z nich i najpewniej prowadzącej do celu, jak dotychczas, jest jeszcze niemożliwy.



Szycie kości zapomocą metalu w świetle badań biologicznych. (Considérations biologiques sur l'ostéosynthèse metallique — etude experimentale et anatomopatologique). Frantz i Mayer. *Journ. de Chirurgie XXXV — nr. 6, czerwiec 1930.*

Wynik szycia kości bywa, jak dotychczas, zawsze niepewny: w przypadkach, zdawało się, jaknajpomyślniejszych, przy zachowaniu wszelkich koniecznych warunków mechanicznych i fizjologicznych otrzymuje się ostatecznie zrost niedostateczny lub jego brak zupełny; i odwrotnie — w przypadkach pozornie ocenianych jak najgorzej wynik ostateczny bywa zupełnie dobry.

W celu wyjaśnienia tego, jakie czynniki warunkują „udanie się“ lub „nieudanie się“ szwu kostnego, autor przeprowadził szereg odnośnych doświadczeń na psach, starając się zbadać dokładnie (makroskopowo i drobnowidzowo) odczyn kości prawidłowej i kości uległej złamaniu na obecność ciał metalowych. Do szycia kości używał śrub, drutu, blaszek *Lambottea* i *Shermanna*, blaszek *Parhama*, mankietów metalowych i klamer.

Ostateczne swoje wnioski formułuje w sposób następujący. Długość okresu czasu, w ciągu którego kość pozostaje w zetknięciu z materjałem metalowym, ani skład chemiczny tegoż nie odgrywają tu większej roli; jedynie może są niepożądane własności utleniania się danego materjału w tkankach i należy unikać stosowania materjału, składającego się z warstw różnych metali.

Kość znosi znacznie lepiej materjał przylegający wyłącznie do jej powierzchni, niż zagłębiający się w nią (śruby). Ucisk, wywierany przezeń na kość, jest zawsze bardzo szkodliwy, gdyż powoduje szybko rozmiękczenie kości w danem miejscu i jej wessanie, co z kolei pociąga za sobą uruchomienie użytego do szycia materjału względem kości: zasadniczo — ze względu na ostateczny wynik operacji — bardzo niepożądane.

Idealny materjał metalowy powinien by odpowiadać warunkom następującym: 1) względnie łatwe zastosowanie, bez większego obrażania tkanek otaczających; 2) uzyskanie bezwzględnego unieruchomienia odłamów względem siebie i danego materjału względem kości; 3) unikanie jakiegokolwiek zgniatania, a zwłaszcza miażdżenia kości i rozłożenie koniecznego ucisku na możliwie dużej przestrzeni.

Duży objętościowo materjał metalowy, ale zupełnie nieruchomy względem kości, jest znacznie lepiej znoszony, niż mały ale ruchomy, który może nawet nie dopuścić do zrostu odłamów.

Co się tyczy wreszcie samej blizny kostnej, to nie sama obecność materjału metalowego gra tutaj rolę decydującą, ale jego ruchomość względem jego odłamów i odłamów względem siebie. Ruchomość ta podtrzymuje w otoczeniu ogniska złamania stałe przekrwienie czynne, które z kolei uniemożliwia dostatecznie silne zwapnienie blizny kostnej. Blizna ta pozostaje przez czas dłuższy miękką i często dopiero po usunięciu materjału, użytego do szycia, uzyskuje prawidłowo twardą spoistość.

Nowy, dogodny i prosty sposób przygotowania łóżek gipsowych w przypadkach gruźlicy kręgosłupa i innych jego zniekształceń. (Un procédé simple et commode par la construction correcte des lits platrés). Radulesco. *Revue d'Orthopédie XVII, nr. 4, lipiec 1930.*

Łóżko gipsowe, jako środek leczniczy w różnego rodzaju zniekształceniach kręgosłupa, przewyższa w swem działaniu inne tego rodzaju środki, gdyż umożliwia stopniowe i dokładne wyrównanie zniekształcenia, zabezpieczając jednocześnie unieruchomienie kręgosłupa i zupełne odciążenie chorych kości, czego nie sprawi np. gorset ortopedyczny do chodzenia. Jednakże łóżko gipsowe, przygotowane w sposób zwykły, jeśli ma całkowicie odpowiadać celowi i ustrzec chorego od odleżyn, musi być wykonane w sposób precyzyjny. Autor podaje swój sposób, bardzo prosty i łatwy w wykonaniu i dlatego dostępny dla każdego lekarza praktyka.

Potrzebna jest do tego celu skrzynia drewniana, wypełniona lekko wilgotnym piaskiem, w którym ręcznie żłobi się zagłębienie, mniej wiecej odwowiadające wymiarowi kształtów chorego (w pozycji na plecach) i temu zniekształceniu, które ma być wyrównane. Zagłębienie to wyściela się warstwą gazy, a powyżej — warstwą waty grubości 2 cm., poczem układa się w niem chorego i wykańcza w szczegółach modelowanie łóżka. Następnie, zdejmuje się zeń ostrożnie chorego, watę i gazę, zwilża się wodą piasek, wygładza się ręką wszelkie nierówności i pokrywa łóżko ściśle przylegającą do piasku warstwą gazy. W miednicy przygotowuje się dosyć gęstą papkę gipsową, którą polewa się możliwie równomiernie (najlepiej z koneweczki) części łóżeczka, pokryte gazą tak, aby powstała jednostajna warstwa grubości $^1/_2$ cm; odwewnątrz wygładza się ją ręką i pozostawia na pół godziny do stwardnienia. Potem odcina się nadmiar gipsu, pozostawiając samo łóżko z brzegami, wyjmuje się je z piasku i układa na stole wypukłą stronę do góry. Tę wypukłą stronę wzmacnia się mieszaniną papki gipsowej i drobniutkich wiórek drewnianych, umocowując tu jednocześnie dwie krótkie, o odpowiednio wykrojonych brzegach, deski, mające służyć za nogi łóżka.

Po całkowitem jego wyschnięciu wyściela się je odwewnątrz warstwą materji nieprzemakalnej, a następnie — warstwą waty między dwoma warstwami gazy, poczem łóżko jest gotowe do użytku.

Nowe poglądy na leczenie ran, oparte na wynikach prac doświadczalnych. (Sur une nouvelle orientation dans la thérapeutique chirurgicale. La mécanophysiothérapie suffit—elle?) Apostaleano. *Revue de Chirurgie nr. 1—3, styczeń—marzec 1930.*

Autor na podstawie całego szeregu doświadczeń na koniach stara się wyjaśnić warunki, w jakich goją się rany skórne i głębokie, jałowe i zakażone; stara się wykryć i należycie ocenić te czynniki zewnętrzne, które sprzyjają, względnie opóźniają gojenie się ran:

Otóż gojenie się, względnie bujanie ziarniny odbywa się znacznie szybciej w ranach wystawionych stale na działanie powietrza i słońca, niż w tych, które są traktowane płynami przeciwgnilnemi, wilgotnemi okładami i wogóle są przykryte opatrunkiem. Opatrunek na

ranie, stwarzając środowisko pomyślne dla rozwoju drobnoustrojów (wilgoć, ciepło, brak światła), sprzyja ich wegetacji i przez to opóźnia zjawienie się ziarniny. Dlatego też opatrunek należy uważać zasadniczo za zło, które jest konieczne w pewnych przypadkach, np. jałowe rany operacyjne lub też rany ziarninujące, narażone na różne szkodliwości mechaniczne. Poza tem, we wszystkich przypadkach ran zakażonych opatrunek, przykrywający je dokładnie, działa szkodliwie, i to tem bardziej szkodliwie, im więcej rana jest zakażona.

Odwrotnie, wystawienie rany na stałe działanie ciepłego powietrza i słońca, stwarzając dla niej warunki suchości, przewiewu, ciepła, światła i łatwego utleniania — które to warunki, jak wiadomo, utrudniają, jeśli nie uniemożliwiają rozwój drobnoustrojów — sprzyja jak najbardziej bujaniu ziarniny i wogóle gojeniu się ran.

Nadmierne bujanie ziarniny dowodzi zawsze istnienia na jej powierzchni lub wgłębi stale drażniących ją czynników. Otóż przekonano się niejednokrotnie, że owe nadmierne bujanie ziarniny w niektorych ranach, przykrytych opatrunkiem nie udało się opanować ani przyżeganiam, ani działaniem różnych środków chemicznych, a znikało ono bardzo szybko, jak tylko zaczęto leczyć te rany jako odkryte, bez opatrunków. Najprawdopodobniej, przez odrzucenie opatrunków zahamowano rozwój w ranie drobnoustrojów, podtrzymujących stałe drażnienie ziarniny.

Różne środki biologiczne i chemiczne, mające na celu wzmocnienie sił obronnych ustroju i przyśpieszenie gojenia się ran, działają o wiele wydatniej, zastosowane ogólnie, niż miejscowo do samej rany.

Leczenie raka przełyku. (Le traitement curatif du cancer de l'oesophage). Dufourmentel. *Paris Méd. nr. 30, lipiec 1930.*

Leczenie raka przełyku polega obecnie prawie wyłącznie na naświetlaniu radem, gdyż wszelkie proponowane tu zabiegi operacyjne zbyt często zawodzą i stanowią duże ryzyko dla życia chorego. Autor leczył radem 100 przypadków raka przełyku z następującym wynikiem: 8% wyleczenia klinicznego powyżej jednego roku i 31% poprawy. W porównaniu z tem, co można osiągnąć innemi środkami, wyniki powyższe są bardzo zachęcające.

Dla zilustrowania wyżej powiedzianego autor przytacza opis przypadku raka środkowej części przełyku u mężczyzny 55-letniego, który został skierowany doń w stanie krańcowego wyniszczenia (wagi 49 kg.—przy wzroście 1 m. 80 cm.), w 15 dni po wykonaniu mu przetoki żołądkowej (gastrostomia). Badanie drobnowidzowe próbnego skrawka wykazało utkanie carcinoma baso-cellulare. Zastosowano u tego chorego 60 mg. radu na przeciąg 6 dni. Po 2 tygodniach zaczęto go odżywiać drogą naturalną, po 3 miesiącach przybyło mu na wadze 15 kg, (w międzyczasie przeszedł operację zamknięcia przetoki żołądkowej). Po 6 latach ważył 80 kg. i cieszył się pełnem zdrowiem, kontynuując swoje zajęcie zawodowe.

Autor trzymał się nastepującej techniki stosowania radu. Rentgenologicznie stwierdzono umiejscowienie i rozległość zwężenia przełyku, przy pomocy wziernika przełykowego ustalono jego naturę rakową (owrzodzenie nacieczonej ściany o powierzchni ziarnistej, jej unieruchomienie, łatwe krwawienie, obecność części zgorzelinowych, cuchnących). Następnie wprowadzano rozszerzadło przełykowe Nr. 15—20 dla dokładnego określenia stopnia i charakteru zwężenia, poczem—sam rad w rurce kauczukowej na grubej nitce jedwabnej, przeprowadzonej przez cewnik *Nélatona* Nr. 18 — 20. Zapomocą specjalnych szczypczyków przełykowych rurkę z radem wsuwa się w samo miejsce zwężenia tak, żeby ze wszystkich stron była objęta częściami guza; codziennie kontroluje się (ewentualnie rentgenologicznie), czy rad znajduje się na swojem miejscu. Zwykła dawka wynosi 50 mg bromku radu w przeciągu 4 — 6 dni.

Po tym czasie chorego powinno się jak najprędzej zacząć karmić przez usta, a przetoka żołądkowa powinna być jaknajprędzej zamknięta.

Należy tu jeszcze zaznaczyć, że naogół raki środkowej części przełyku są względnie łagodne i poddają się leczeniu radem, raki jego górnej cześci (typu skórnego)—są odporne na promienie radowe, zaś raki wpustu — szybko szerzą się na wątrobę. Uwzględniać to należy w rokowaniu.

Przyczynek do rozpoznania przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego. (Un symptome objectif de l'appendicite chronique). Buchmann. *La Presse Méd. nr. 65, sierpień 1930.*

Schorzenia narządów prawej połowy brzucha a zwłaszcza prawej dolnej ćwiartki — ze względu na bliskie sąsiedztwo w tej okolicy wyrostka robaczkowego, kątnicy, moczowodu, macicy i prawostronnych przydatków — nasuwają pod względem rozpoznawczym nieraz duże trudności. Dotyczy to w pierwszym rzędzie przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego, które nierzadko bywa powodem błędnego rozpoznania i które niejednego chorego już naraziło na zbędny zabieg operacyjny.

Ani obmacywanie samego wyrostka poprzez powłoki brzuszne, ani wynik prześwietlenia promieniami Roentgena, ani wreszcie objaw pewnego zaniku mięśniowego ściany brzusznej w prawej dolnej ćwiartce nie dają tutaj dostatecznie pewnych danych.

Z tego też powodu autor uważa za wskazane podać do ogólnej wiadomości zaobserwowany przez siebie objaw, występujący z ogromną regularnością w przypadkach przewlekłego zapalenia wyrostka, a mianowicie w 90% na ogólną ilość przypadków 3500. Polega on na stałem rozszerzeniu czynnem u danego chorego źrenicy prawej w porównaniu z lewą.

Mechanizm powstawania tego objawu tłumaczy się dosyć prosto. Rozszerzenie czynne źrenicy występuje, jak wiadomo, naskutek odpowiedniego drażnienia nerwu współczulnego. Otóż w przypadkach omawianych drażnienie to (mechaniczne, toksyczne) ma swój punkt wyjścia w trzewach prawej połowy brzucha i stąd wzdłuż nerwu współczulnego przenosi się ku górze i zaznacza się rozszerzeniem prawej źrenicy. A to, że tylko wyrostek robaczkowy zaznacza w ten sposób swój stan zapalny, inne zaś trzewa brzuszne — nie, tłumaczy się wyjątkowo bogatym rozwojem włókien współczulnych w wyrostku, a zwłaszcza w wyrostku chorym.

Owe nadmierne bujanie włókien współczulnych w przebiegu przewlekłego zapalenia wyrostka, dotyczy i jego krezeczki, ale tylko w tej jego części, która przylega bezpośrednio do wyrostka. Dlatego

też w czasie operacyji należy usuwać wraz z wystkiem i jaknajwiększą część jego krezeczki, gdyż pozostawienie choremu zmienionej makroskopowo części krezeczki może być powodem uporczywych bólów pooperacyjnych, składających się na obraz tak zwanego zapalenia wyrostka bez wyrostka (appendicitis sine appendice).

Dodać tu jeszcze należy, że ów objaw rozszerzenia prawej źrenicy po operacji, w przeciągu kilku miesięcy ustępuje bez śladu, źrenice stają się prawidłowo równe.

Leczenie wylewów krwawych do stawów w przebiegu krwawiączki (Traitement des hémarthroses hémophiliques). *La Presse Méd. Nr. 66, sierpień 1930.*

Wylewy krwawe do stawów stanowią jeden z najprzykrzejszych dla chorego objawów krwawiączki, gdyż ze względu na dużą tendencję do nawrotów, zwykle w tych samych stawach, sprowadzają znaczne zaburzenia czynnościowe kończyn. Dotknięte niemi bywają: staw kolanowy, łokciowy, skokowy, biodrowy, ramieniowy i napięstkowy. Przyczyną, wywołującą pierwszy wylew krwawy, bywa zwykle niewielki uraz np. dłuższe chodzenie, następne wylewy występują już bez wyraźnego powodu, jako nawroty w pełnym tego słowa znaczeniu.

Przy pierwszym wylewie krwawym do stawu wystarcza zwykle unieruchomienie kończyny w szynie na przeciąg kilku dni, poczem całą uwagę powinien lekarz skierować na leczenie samej krwawiączki, aby nie dopuścić do nawrotów, które z czasem prowadzą do zapalenia stawu i następowego zesztywnienia. Leczenie to będzie polegało na wstrzykiwaniu podskórnem co miesiąc surowicy zwierzącej (np. surowicy przeciwbłoniczej) w ilości 10—20 cm^3 na dawkę, niebezpieczeństwo uczulenia (anaphylaxia) jest niewielkie, a zresztą, ustrzec można przed niem chorego, podając mu codziennie przez 8 dni po każdem wstrzyknięciu po 1 g. chlorku wapnia. U krwawców, skłonnych do wstrząsów anafilaktycznych (przypadki krwawiączki sporadycznej, nie rodzinnej), trzeba się uciec do wstrzykiwań surowicy krwi rodziców chorego, albo osobników, należących do tej samej grupy krwi — w tej samej ilości i w ten sam sposób, jak u pozostałych krwawców. W jednym i drugim przypadku leczenie to należy kontynuować latami.

W przypadkach bardzo obfitych wylewów krwawych (zwykłe nawrotowych) dużą ulgę przynoszą choremu okłady z lodu, ewentualnie, w późniejszym okresie, okłady gorące. Nakłuwać takich stawów nie należy nigdy, gdyż zabieg ten może tylko zwiększyć krwawienie lub zakazić staw. W przypadkach bardziej zaawansowanych lub wogóle trudno poddających się leczeniu surowicą, uciec się trzeba do przetaczania krwi od osobnika odpowiedniej grupy, w ilości 200—300 cm^3.

Stawy, w których już raz miał miejsce wylew krwawy, dobrze jest bandażować stale opaską elastyczną.

Odruchowa porażenna względnie skurczowa niedrożność jelit w przebiegu kamicy nerkowo-moczowodowej (L'ilêus réflexe au cours de la lithiase réno-urétérale). Denéchau i Prieur. *La Presse Méd Nr. 69, sierpień 1930.*

Istnieją przypadki kamicy nerkowo-moczowodowej, w przebiegu której mogą wystąpić nagle ostre objawy niedrożności jelitowej o nasileniu tak gwałtownem, że są przyczyną mylnego rozpoznania niedrożności mechanicznej. Wykonana operacja rozpoznania tego, naturalnie, nie potwierdza, a w czasie przebiegu widzi sie conajwyżej odcinki jelit porażone i inne — w stanie skurczu. Schorzenie to polega na odruchowej niedrożności jelit dynamicznej, porażenno-skurczowej, a podnieta, wywołująca odruch, wychodzi najczęściej z chorego moczowodu.

Na obraz kliniczny składają się: gwałtowne, kurczowe, bóle brzucha, wymioty — niezbyt obfite i nie mające nigdy charakteru kałowego, zupełne zaparcie stolca i gazów— jakkolwiek po lewatywie lub podaniu środków przeczyszczających odchodzą czasami gazy, sprawiając choremu chwilową ulgę; w niektórych przypadkach zaznaczają się dosyć wyraźnie częste parcie na mocz i bóle przy jego oddawaniu, czasami — oliguria względnie anuria. Przy badaniu przedmiotowem stwierdza sie: wzdęcie brzucha (czasami widać stawianie się pętli jelitowych) z odgłosem opukowym bębenkowym, stan ogólny jest — w stosunku do objawów brzusznych — niewspółmiernie dobry, pomimo to, że objawy niedrożności utrzymują się w niektórych, przypadkach i dwa tygodnie, gorączki powyżej 38° C nie bywa.

Przebieg choroby cechuje się dużą zmiennością nasilenia objawów. Chwilowe odejście gazów już może spowodować znaczną poprawę samopoczucia i poprawę stanu objektywnego, jakkolwiek stan ogólny, jak wyżej zostało zaznaczone, prawie nigdy nie bywa w większym stopniu upośledzony.

Badanie moczu wykrywa czasami obecność białka, krwinek czerwonych i kryształków kwasu moczowego i szczawiowego.

Operacja w tych stanach jest nie tylko zbędna, ale nawet szkodliwa, gdyż pogarsza stan ogólny i daje pewną odsetkę śmiertelności.

Leczenie polega na podawaniu w celu łagodzenia bólów belladonny, atropiny, na ciepłych okładach brzucha i kąpielach, wreszcie na pobudzaniu ruchu robaczkowego jelit zapomocą środków przeczyszczających, lawatyw, wstrzykiwania perystaltyny i hypofizyny.

M. Czyżewski.

CHOROBY NERWOWE.

Insulina, leczenie pomocnicze nagminnego zapalenia mózgu i jego skutków. J. Froment i M. Chambon. *Le Journal de Médecine de Lyon. 1930. nr. 256, str. 491.*

Badania fizjologiczno - kliniczne i biochemiczne stanów parkinsonowskich naprowadza na myśl, że zależą one od zaburzeń automatycznego regulowania położenia ciała, wskutek czego występuje przemęczenie, które wywołuje szereg objawów wtórnych. Niewątpliwie wyniszczenie parkinsonowskie zależy od przemęczenia. Tem się tłomaczy nadzwyczaj skuteczne działanie w takich przypadkach insuliny i podawania zasad (20,0 natrii bicarbonici pro die) — odkwaszanie organizmu, — Komplikacje parkinsonowskie usuwa insulina (40 jednostek pro die), podawana wraz z hyosciną (1 mlgr.). Insulina działa zbawiennie również na zaburzenia psychiczne pośpiączkowe (lekkie stany zamroczeniowe i lękowe, onirismus), przebiegające bez oznak parkinsonizmu. Nawet postacie nagminnego zapalenia mózgu uporczywe, powtarzające się, mogą się poprawić pod wpływem insuliny.

Insulina działa w obrębie mięśni, podtrzymując utlenianie glukozy i syntezę glykogenu (proces *Meyerhofa*). Dobre wyniki lecznicze zależą od przywrócenia normalnej przemiany (metabolisme basal) w mięśniach, a w ten sposób normalnych właściwości fizjologicznych mięśni.

Rozszczepienie czucia typu korowego wskutek zajęcia okolicy opuszkowo-mostowej i rdzeniowej górnej. G. Roussy i G. Lévy. *Rev. Neur. 1930. t. 1, nr. 2. str. 145.*

Roussy i Lévy opisują przypadek guza (glejak wielokształtny) okolicy opuszkowo-mostowej i rdzeniowej górnej, Zaburzenia czucia miały w tym przypadku charakter korowy, t. j. była astereognozja przy prawie całkowicie zachowanem czuciu powierzchnianem: równocześnie istniały bardzo nieznaczne zaburzenia ruchowe. Opisane rozszczepienie czucia było obserwowane w przypadkach zajęcia mostu i opuszki i górnej części rdzenia szyjnego lub zależało od ucisku wywieranego na wspomniane części przez sprawę w móżdżku. Może występować rzekomo-korzonkowy typ. Danemi anatomicznemi nie jesteśmy w stanie dotąd ich wytłomaczyć. Praktycznie ważnem jest, że rozszczepienie czucia typu korowego nie koniecznie wskazuje na korowe umiejscowienie sprawy.

O odruchu nosowo-ustnym. L. Benedek Fr. Kulcsár. *Rev. Neur. 1930, t. 1, nr. 2, str. 163.*

Opis nowego odruchu: umiarkowanej siły uderzenie w czubek nosa młotkiem wywołuje skurcz mięśnia okrężnego ust, przez co tworzy się ryjek. Ten odruch obserwowano dotąd tylko w przypadku porażenia opuszkowego rzekomego (paralysis pseudobulbaris).

O bezładzie ostrym po ospie wietrznej. L. Cornil i P. Kissel. *Rev. Neur. 1930, t. 1, nr. 2, str. 167.*

U 4-letniego chłopczyka w 5 dni po ospie wietrznej o dobrotliwym przebiegu wystąpił typowy zespół móżdżkowy, początkowo jedno, później obustronny, zasadzający się na drżeniu, bezładzie przy chodzeniu, lateropulsji, dysmetrji, adiadochokinezie i mowie skandowanej. Wyleczenie zupełne nastąpiło w dwa tygodnie. Poprawa zaczęła się po wstrząsie wywołanem wstrzyknięciem acetylarsanu.

Autorowie podkreślają: 1) stopniowy rozwój cierpienia, 2) bogactwo objawowe, 3) czystość obrazu klinicznego, ograniczającego się tylko do móżdżku. Podkreślają, że prawdopodobnie ospa wietrzna, ospa prawdziwa i szczepienia ochronne,, jak również herpes zoster i zapalenie nagminne mózgu są cierpieniami pokrewnemi.

Przyczynek do badań nad odruchem patologicznym. L. Barraquer-Ferrè. *Rev. Neur. 1930. T. 1, N. 2, str. 174.*

Odruch podeszwowy *Barraquera-Rowiralty* zasadzający się na nadmiernem zgięciu palców, t. zw. „objaw zginania *Babinskiego*" zależy od zajęcia najwyższych odcinków szlaku piramidowego i występuje tylko w przypadkach dłużej trwających.

Istnieje odmiana objawu *Gordona*, zasadzająca się na jego odwróceniu: zamiast ruchu wyprostnego palucha ściśnięcie łydki może wywołać zgięcie palucha, i występuje tylko w warunkach patologicznych.

Z. Messing.

CHOROBY UCHA, GARDŁA I NOSA.

Endoskopja doustna. Ciągła serja stu ciał obcych dróg pokarmowych i oddechowych. (Endoscopie perorale. Série consecutiwe de cent corps étrangers des voies digestives et respiratoires). E d. Aucoin. *Archives internat. de laryngologie, T. 35, nr. 5 i 6, 1929.*

Sprawozdawca stoi przed trudnem zadaniem streszczenia rozprawy obejmującej ponad 250 stron, a zatem nieledwie grubej książki, zaopatrzonej w setkę doskonałych rentgenogramów i rysunków. Przeczytanie tej rozprawy daje świetny pogląd na dzisiejszy stan broncho-ezophagoskopji i jej technikę, wskazania, stopień bezpieczeństwa i rezultaty. Jeśli uwzględnimy, że śmiertelność zostawionych własnemu losowi przypadków ciał obcych tych okolic wynosi 52%, że *Eicken* w r. 1903 notuje, stosując swe metody ekstrakcji, 13,1% w r. 1908 (na 300 przypadkach), a omawiana tutaj metoda *Jackson Chevaliera* znacznie poniżej 2% śmiertelności, — to podnieta do przyjrzenia się tej pracy wyda się dla lekarza, dbałego o los chorego, wystarczającą. Metoda *Jackson Chevaliera* (Szpital Joffersona w Filadelfii), nieco różna od metod szkoły niemieckiej, a promieniująca głównie w kraje anglosaskie i do Francji cechuje się 1) stosowaniem rur wąskich i długich, 2) światłem „dystalnem" t.j. umieszczonem w formie żarówki u wylotu rury, 3) skrupulatnem unikaniem ogólnego uśpienia i 4) niezmiernie tylko wyjątkowem stosowaniem tracheotomii. Autor w swej pracy kładzie wielki nacisk na ścisłą współpracę z internistą i rentgenologiem, potępia z rzadkimi wyjątkami istotnie naglącej pomocy bronchoskopię dolną (tj. drogą tracheotomii) i wszelką improwizację i stawia metodzie najwyższe wymogi w kierunku specjalizacji tj. zjednoczeniu dużej wiedzy i wielkiej wprawy. Autor podkreśla, że zastosowanie omawianych metod wykracza daleko poza usuwanie ciał obcych, które w klinice *Jacksona* zajmuje zaledwie 2% broncho-esophagoskopii i że wyszliśmy już z epoki, uzasadniającej lęk przed jaknajszerszem stosowaniem tej metody. Stopień bezpieczeństwa jej jest bowiem zupełnie zadawalający, a nawet ten mały odsetek śmiertelności, który wykazują dziś statystyki, zapisać należy ściśle biorąc nie na karb metody, lecz powikłań wynikających, jużto z dyletanckich uprzednich zabiegów jużto z samej istoty przebiegu (infekcja, zapalenie płuc etc.). W serji opisanej przez autora nie zdarzył się ani jeden przypadek śmiertelny, dwa razy była potrzebna tracheotomia, wszystkie wypadki skończyły się uzdrowieniem. Serja autora nie przedstawia wypadków wybranych, lecz nieprzerwaną kolejkę chronologiczną. Ponad 40% przypadków dotyczy dzieci poniżej lat dwóch.

Zapalenie kości policzkowej i różniczkowe rozpoznanie w stosunku do spraw pochodzenia zębowego. (Les ostéites du malaire et leur diagnostic avec les affections d'origine dentaire). W. M. Fraenkel *Jwi. nr, 7. 1929.*

Okolica policzkowa sąsiaduje z terenami okulisty, rhinologa, stomatologa i ogólnego chirurga wzgl. internisty. Spotkał ją z powodu tego pośredniego położenia los rei nullius. Żadna z grup fachowców nie poświęca jej nadmiernie wiele uwagi. Stosunkowo najwięcej jeszcze okuliści. Praca autora

wypełnia częściowo tę lukę zainteresowania w sposób bardzo interesujący i dla praktyka bardzo cenny. Ograniczymy się do przytoczenia wniosków:

1) Kość policzkowa jest przedłużeniem masywu twarzowego przedniego ku tyłowi i na zewnątrz. Posiada ona bezpośredni związek z dołem bródkowym i żwaczowym (les fosses génienne et massétérine), jakoteż skroniowym, w głębi z dołem jarzmowym, a dalej skrzydłowo-szczękowym, wreszcie z zatoką *Highmora*, która częściowo znajduje się w obrębie kości policzkowej.

2) Zmiany chorobowe kości policzkowej są w pierwszym rzędzie gruźlicze. Należy je włączyć do grupy wielokrotnych lokalizacji w obrębie małych kości krótkich. Pozatem znamy zmiany kiłowe, głównie kilaki. Rzadziej zdarza się zapalenie szpiku kostnego, grzybica (promienica, sporotrychoza, streptotrychoza), martwica fosforowa.

3) W zapaleniach kostnych, dość przewlekłych, rozróżniamy dwa okresy: nacieku i tworzenia przetok. (Tumefaction et fistulisation). Ważnym symptomem jest ból dotykowy (wzgl. opukowy) a) na zewnętrznej powierzchni kości policzkowej, b) w przedsionku jamy ustnej górnym, na zewnątrz i poza guzem szczękowym. Rozstrzygającem jest badanie drobnowidowe i bakterjologiczne.

4) W okresie nacieku należy różniczkować z cierpieniami skóry (róża, czyrak etc.), promienicą, przewlekłymi stanami zapalnymi w częściach miękkich wątpliwej jeszcze etiologji (adénites géniennes), kostniako-mięsakiem szczęki górnej i zapaleniem tejże kości i jej okostnej.

5) W okresie przetok albo: a) przetoka znajduje się w przedsionku jamy ustnej; wówczas wchodzi w rachubę, albo przechodzenie z zębów, albo z kości policzkowej, albo b) przetoka jest zewnętrzna, wówczas trzeba wykluczyć promienicę, schorzenie w częściach miękkich (adénite génienne), martwicę następową kości policzkowej wskutek postępującej zmiany ropnej u korzeni zębów trzonowych, wreszcie torbiel zropiałą przyzębową. Trzeba pamiętać, że przetoki pochodzenia kości policzkowej, a także zębowej, mogą leżeć b. wysoko przy dolnym brzegu oczodołu i na powiece dolnej. — Praca zawiera 11 historji chorób.

Technika przepłukiwań płucnych. (La technique du lavage pulmonaire.) Garcia-Vincente. *Jw. nr. 8. 1929.*

Autor, profesor instytutu Tapia w Madrycie, szef stacji przeciwgruźliczej, podaje tu metodę przemywania płuc bez użycia bronchoskopu, a nawet lusterka krtaniowego, czyli, jak sam oświadcza, na ślepo („a l'aveugle"). Każdy praktyk, zaopatrzywszy się w pincetkę i strzykawkę autora i irygator z drenikiem może z łatwością przeprowadzić procedurę przemycia solą fizjologiczną letnią (w ilości 1—2 litrów na posiedzenie) jednego płata płuc, podczas gdy pacjent oddycha swobodnie drugiem płucem. Znieczulenie potrzebne do zabiegu wykonuje się również na ślepo, częściowo watotrzymaczem, częścią wspomnianą wyżej strzykawką. Przez odpowiednie umieszczenie drenu (blisko bifurkacji), i chorego (miednica o 20 ctm, wyżej niż głowa) w pozycji bocznej dolne płuco na zasadzie siły ciężkości podlega wyłącznie przemyciu, zaś górne służy swobodnie do oddechania. Autor demonstrował metodę, która jest absolutnie nieszkodliwa i doskonale znoszona, w rozlicznych instytutach. Wskazaniami są: bronchity, rostrzenie oskrzelowe, ropień, gangrena płuc, jamy gruźlicze płuc i wszelkie zmiany ropne oskrzelowo-płucne. Również przy niedużych ciałach obcych, zwłaszcza oskrzeli, ma tu praktyk w rękach metodę udzielenia nagłej pomocy, zawsze nieszkodliwej, często skutecznej. (O pożyteczności tej metody rozstrzygnie praktyk i praktyka).

Dr. Schwarzbart (Kraków).

CHOROBY OCZU.

Przebieg czterech przetok powstałych samorzutnie po irydektomji wykonanej w następstwie jaskry ostrej. Sédan J. *Ann. d'Ocul. 1930, str. 307.*

Autor podaje opis 4 przypadków w których po irydektomji, zrobionej z powodu jaskry ostrej w następstwie, pomimo braku uwięźnięcia tęczowki utworzyła się przetoka podspojówkowa. Przetoka ta, według autora była konieczna dla utrzymania dostatecznego odpływu cieczy śródocznej z oka i umożliwiła zachowanie dobrego widzenia w tych przypadkach. Przetoka uwidoczniła się nazajutrz, po trzech, czterech dniach a nawet na piętnasty dzień po operacji.

Nowy sposób operacji bliznowatego podwinięcia rzęs. Salvati G. *An. d'Ocul 1930, str. 311.*

Autor zaleca rozcięcie wzdłuż krawędzi rzęsowej powieki, następnie wyciąć pasemko podłużne tarczki przez całą długość krawędzi powiekowej na kilka milimetrów od brzegu, a następnie przyszywa wolną wargę pasemka tarczowego do brzegu rzęsowego powieki. Opaska tłuszczowa Lumièra, szwy zdejmuje na czwarty dzień. (Opis sposobu i rysunki niejasne).

Wnioski praktyczne techniki, aseptyki i antyseptyki w chirurgji ocznej. Bernea & Segaller-Miron. *Ann. d' Ocul 1930, str. 315.*

W 1922 r. *Fleming* odkrył enzym zawarty w większości tkanek i wydzielin ustroju. Enzym ten, nazwany przez niego „lyzozymem" ma znaczne własności bakterjolityczne. Zawartość lyzozymu w dostatecznem stężeniu we łzach broni w dostatecznym stopniu oko przed zakażeniem. Zwiększenie ilości łez zmniejsza stężenie w nich lyzozynu i powoduje zmniejszenie ich własności bakterjolitycznej. Atropina porażeniem n. przywspółczulnego, zmniejszając ilość łez, zwiększa w nich stężenie lyzozymu oraz ich wartość antyseptyczną. Na zasadzie tych wniosków uzasadniają autorowie, że ich technika operacyjna, stosowana od 15 lat, daje dostateczną gwarancję przeciw zakażeniu w operacjach ocznych. Technika polega na operowaniu bez przemywania płynami przeciwgnilnymi worka spojówki, ma się rozumieć, o ile spojówki są prawidłowe. Tylko powieki i ich okolice przed operacją obmywa się wodą z mydłem. Znieczulenie uzyskują autorowie kilkakrotnem zakraplaniem sterylizowanego rozczynu 4% kokainy. Instrumenty tępe wygotowuje się, a narzędzia operacyjne ostre sterylizują pogrążeniem w alkoholu w ciągu 10 min.

Po operacji, nawet po operacji jaskry, zakraplają autorzy do oka atropinę. Nawet w czasie następnych opatrunków autorowie unikają stosowania

antyseptyków, a ograniczają się tylko zakrapianem kropli sterylizowanych.

Po operacjach nagałkowych mają tylko 0,6% przypadków powikłań septycznych.

Uwagi i objaśnienia dotyczące 240 przypadków odwarstwienia siatkówki, leczonych po większej części operacjami. Gonin J. *Ann. d'Ocul. 1930. str. 361.*

Na zasadzie obserwacji 240 przypadków osobistych, w których rozpatruje osobno sprawy: zmętnień ciałka szklistego, wybroczyn siatkówkowych, dziur siatkówki i ognisk zapalnych w naczyniówce, oraz osobliwości zabiegu operacyjnego, jak wygląd blizn po przyżeganiu, stan siatkówki i sprawę odnowy czynności po tej operacji oraz powikłania. Męty w ciałku szklistem szczególnie na obwodzie, podobnie jak i wybroczyny w siatkówce zdarzają się bardzo często na początku odwarstwienia i to szczególnie w miejscu rozerwania siatkówki, głównie w przypadkach odwarstwienia od góry. Organizowanie się włóknika po wybroczynach (nawet pourazowych), może właśnie spowodować odwarstwienie, a nawet rozrewanie siatkówki. Wśród 240 przypadków odwarstwienia tylko w 26 przypadkach autor nie znalazł przedziurawienia siatkówki i to w 8 przypadkach ta niemożliwość spowodowana była zmętnieniem środowiska. Dziury najczęściej spotykał szarpane, lancetowate, półkoliste, lub podkowiaste. Czasem językowaty płat przesłaniał i maskował dziurę. W większości przypadków dziura uwydatniała się wskutek białych nieco podniesionych brzegów siatkówki. W niektórych przypadkach oderwany kawałek siatkówki znajdował się w ciałku szklistem — dziura wówczas miała wygląd nie szczeliny, a większego otworu owalnego; często dziury tworzyły się na obwodzie dna oka i dlatego poszukiwanie ich napotykać może na większe trudności. Jeśli zawsze dziura w siatkówce jest przyczyną odwarstwienia, to nieraz, pomimo istnienia dziury może nie być odwarstwienia, gdyż wystarczy, by u brzegów dziury siatkówka była zlepiona z naczyniówką, a powodu do odwarstwienia nie będzie.

W celu wyleczenia odwarstwienia autor wywołuje proces zlepny u brzegów dziury w siatkówce zapomocą żegadła Paquelina przyżega twardówkę, naczyniówkę i dochodzi do ciałka szklistego. Ścięte w miejscu przyżegania ciałko szkliste zwykle w trzy tygodnie ulega wchłonięcia i wówczas stwierdzić można bliznę o średnicy około 2 mm, otoczoną pasem odczynu zapalnego o średnicy 2 — 3 razy szerszej. Pas ten zwykle rozchodzi się więcej w stronę rąbka zębatego siatkówki, niż w kierunku przeciwnym. Po dłuższym czasie trwania widzimy bliznę pooperacyjną, otoczoną masami rozsianego na tem tle barwika. Czasem od blizny pooperacyjnej widać cieniutkie pasemka, idące w kierunku ciałka szklistego. Po przypaleniu całej okolicy dziury w świeżych przypadkach następuje zwykle całkowite przylegnięcie siatkówki, nawet w przypadkach, kiedy odwarstwienie opuściło się do dolnych części oka, a dziura siatkówki jest u góry. Przetrwanie lub wystąpienie powtórne odwarstwienia w ciągu do 2 tygodni wskazuje na niedostateczne przypalenie brzegów dziury. Odwarstwienia starsze (od paru tygodni do paru miesięcy) nie dają już tak dobrych wyników. Czasem niewielki fałd siatkówki pozostały po zabiegu ginie po paru tygodniach.

Czasem jednak wokoło przypalonego miejsca siatkówka znów się odwarstwia. Objaśnia to autor powstaniem w nisj nowych dziur. Czasem przyżeganie może spowodować odwarstwienie po stronie przeciwnej przyżegania, wskutek utworzenia się włókien pasmowatych w ciałku szklistem. Świeże odwarstwienia, leczone tą drogą, ulegają najczęściej poprawie w sensie zupełnego powrotu dobrego widzenia, szczególnie u młodych — nieraz od liczenia palców do pełnej ostrości wzroku. Zwykle pozostaje złe widzenie w gorszem oświetleniu — słaby stopień kurzoślepu, oraz osłabione widzenie barw. Do najcięższych powikłań zabiegu należą wynaczynienia śródoczne: tych na 300 przypadków miał autor 12, prócz tego w jednym przypadku u osoby, która tuż po zabiegu dostała jęczmyka powieki miał autor zapalenie oczodołu i całego oka.

Cytodjagnostyka nabłoniaka siatkówki (glejaka). Gabiélidés A. *Ann. d'Ocul. 1930, str. 265.*

Rozpoznanie glejaka siatkówki napotyka, szczególnie w okresach początkowych, na znaczne trudności. Rozpoznanie bezwzględnie da się ustalić drogą nakłucia gałki ocznej w okolicy pozasoczewkowej zapomocą igły o średnicy 1 milimetra. Badanie drobnowidowe tkanek w dwuch przypadkach glejaka w preparatach niebarwionych, barwionych hematoksyliną-eozyną, sposobem Unny-Pappenheima i sposobem Giemsa'y wykazywało typowe komórki nowotworowe. Wyłuszczenie oczu potwierdziło rozpoznanie. Po nakłuciu oka w celu zabezpieczenia przed rozsianiem się nowotworu w otaczających tkankach zaleca autor przypalanie miejsca nakłucia żegadłem elektrycznym. Podano piśmiennictwo.

O cieniach wewnętrznych na dnie oka. Zamenhof A. *Ann. d'Ocul. 1930, str. 285.*

Korzystając z oświetlenia wziernikiem elektrycznym dna oka zwraca autor uwagę na zjawisko cieni odrzucanych na to dno od wynaczynień, wysięków ponad siatkówkowych i od naczyń siatkówki zgrubiałej, wskutek obrzęku. Szczególnie cienie rzucane od naczyń siatkówki, przy pewnem ustawieniu wziernika elektrycznego bardzo nieraz wydatne, dowodzą, według autora, zgrubienia siatkówki przy zachowaniu jej przejrzystości. Według autora cienie naczyń siatkówki wskazują często na zaczynające się torbielowate zwyrodnienie tej tkanki. Dla ilustracji podaje autor opis własnych 8 przypadków objaśnionych 5 stereofotogramami dna ocznego, wykonanemi zapomocą aparatu Nordensona.

Wsesanie krwi i wywiertnikowanie zapomocą wywiertnika elektrycznego w dakrjocystorynostomji. Sibileau J. M. *Ann. d'Ocul. 1930, str. 301.*

Wsesanie krwi zapomocą aspiratora elektrycznego i wywiertnika elektrycznego, zestawionego przez autora, a przypominającego odpowiednie przyrządy dentystyczne — ułatwia i upraszcza dakrjocystorynostomję i robi z niej zabieg znacznie mniej przykry dla chorego. Pozatem korzystając z opisanych przez autora przyrządów zabieg ten wykonać można nawet w przypadkach niedrożności kanału nosowołzowego bez rozstrzeni woreczka i bez ropienia. Przyrząd wykonała firma: *R. Toury*, Paris.

W. H. M.

KRONIKA.

VI-ty Kongres Międzynarodowy Medycyny Wypadkowej i Medycyny Pracy. W pierwszych dniach sierpnia 1931 r. odbędzie się w Genewie VI-ty Kongres Międzynarodowy Medycyny Wypadkowej i Medycyny Pracy. Celem przygotowania udziału grupy polskiej, utworzył się Polski Komitet Organizacyjny w składzie następującym: z Warszawy: Dr. Chodźko, Prof. Dr. Grzywo-Dąbrowski, Doc. Dr. A. Wojciechowski, Dr. H. Kłuszyński, Dr. J. Luksemburg, Dr. B. Nowakowski; z Wilna: Prof. Dr. Karaffa-Korbutt; z Krakowa: Dr. St. Jankowski.

Obrady odbędą się w dwuch sekcjach

Sekcja A, medycyny wypadkowej, przyjęła jako tematy główne:

1. Późne zmiany i przystosowanie się po uszkodzeniach kręgosłupa
2. Uszkodzenie naczyń krwionośnych.
3. Zawodowe uszkodzenia skóry (wypadki i choroby zawodowe).
4. Wpływ stanu zdrowia, poprzedzającego wypadek na jego skutki.

Jako tematy główne sekcji B, medycyny pracy, wybrano:

1. Patologja zawodowa robotników w przemyśle cementowym i kamieni sztucznych.
2. Wrażliwość ustroju na trucizny zawodowe.
3. Zmęczenie.

W związku z Kongresem odbędzie się wystawa zdjęć rentgenowskich, fotografji, mulaży.

Poza tematami głównemi w obydwu sekcjach, wygłoszone będą komunikaty 10-cio minutowe z całego zakresu medycyny wypadkowej i medycyny pracy. Językami obrad są: francuski, angielski, włoski i niemiecki. Termin zgłoszenia referatów do końca 1930 r.

Zgłoszenia referatów przyjmuje sekretarz Polskiego Komitetu Organizacyjnego, Dr. Brunon Nowakowski, Warszawa, Chocimska 24, który udziela również wszelkich dodatkowych informacji (tel. 108-04).

* * *

Dnia 3 listopada rozpoczyna się w szpitalu Lariboisie're (Paryż) w oddziale d-ra Marion'a kurs dokształcający poświęcony urologji. Program: *Dr. Endel.* — Rzeżączka u mężczyzny. Ostre i przewlekłe nieżyty cewki moczowej. Leczenie.

Dr. *Adelmann.* — Rzeżączka u kobiet.

Dr. *Busson.* — Wziernikowanie cewki moczowej.

Dr. *Roucayrol.* — Diatermja i prądy wysokoczęstotliwe w urologji.

D. *Colombet.* — Bakterjologja nieżytów cewki. Określenie bakterjologiczne wyleczenia zupełnego.

Zapisy przyjmuje A. D. R. M. Faculté de Medecine, Salle Béclard. (Paris, 12 rue de l'Ecole de Médecine). Uczęstnicy otrzymają świadectwa po ukończeniu kursu. Wpis wynosi 300 fr. fr. Liczba miejsc ograniczona.

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE.

W różnych **schorzeniach przewlekłych typu gośćcowego** można uzyskać znaczną poprawę zapomocą **autoseroterapji,** nawet w tych przypadkach, w których wszystkie inne środki zawiodły. Mechanizm jej działania leczniczego jest niejasny, być może polega on na wzmożeniu działania podawanych jednocześnie środków farmakologicznych (znaczenie katalizatora). Najlepsze wyniki osiągnięto u tych chorych, u których we krwi stwierdzono przewagę liczbową białych ciałek jednojądrzastych nad wielojądrzastemi. Autor na 100 spostrzeganych i leczonych autoseroterapją przypadków gośćca przewlekłego w 2 — otrzymał pogorszenie, w 21 — brak poprawy, w pozostałych — poprawa była wyraźna (w 20 z nich — otrzymał wyleczenie).

Technika zabiegu. Wydobyte z żyły 20 cm.³ krwi pozostawia się w probówce na przeciąg 24 godzin, poczem oddziela się zwierzchu surowicę i wstrzykuje się ją podskórnie w dawkach codziennych, w ciągu 7 dni. Za pierwszym razem wprowadza się $^1/_4$ cm.³, następnie — $^1/_2$ cm.³, $^3/_4$ cm.³, 1 cm.³, $1^1/_4$ cm.³, $1^1/_2$ cm.³, $1^3/_4$ cm.³, do ogólnej ilości 7 cm.³. Jeśli objawy ogólne (niedomaganie, osłabienie) i ogniskowe (stawowe) wyraźnie się zaznaczają, należy następne wstrzykiwania przeprowadzać co drugi dzień.

(*Le Floch, La Presse Méd Nr.63*)

Cz.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji Warszawa, Kaliska 9. Tel. 420-90.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8. kwartalnie zł. 2 Konto **P. K. O. 15.785**

NEUMAN & TOMASZEWSKI ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU